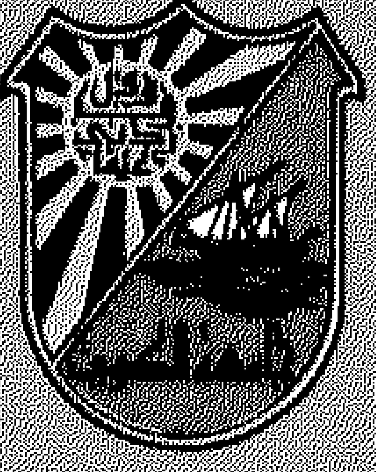


مطبوعات جامعة الكويت

الصدمة النفسية

مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي
على دولة الكويت



تأليف
دكتور/ أحمد محمد عبدالخالق

١٩٩٨

اهداءات ٢٠٠٢
المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب
الكويت



مطبوعات جامعة الكويت

الصدمة النفسية

مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت

تأليف

دكتور/ أحمد محمد عبدالخالق

أستاذ بقسم علم النفس - كلية الآداب

جامعة الكويت

١٩٩٨

لجنة التاليف والتعريب والنشر

مجلس النشر العلمي

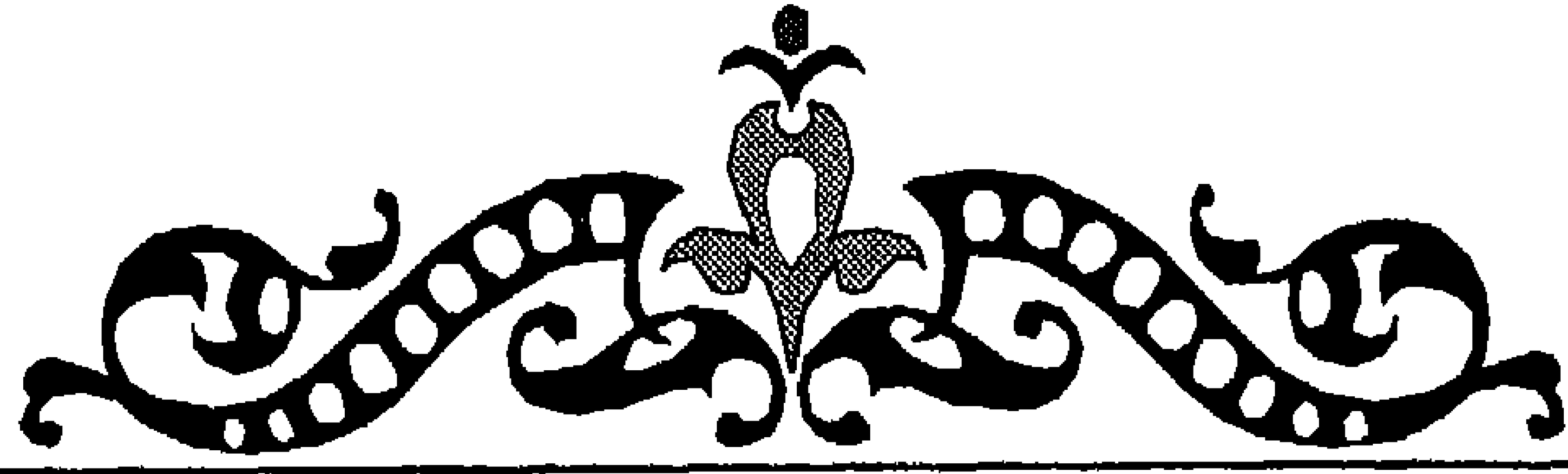
كتاب: **الصدمة النفسية**

تاليف أ. د. احمد محمد عبدالخالق

الطبعة الأولى – ١٩٩٨

الصدمة النفسية

مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي
على دولة الكويت

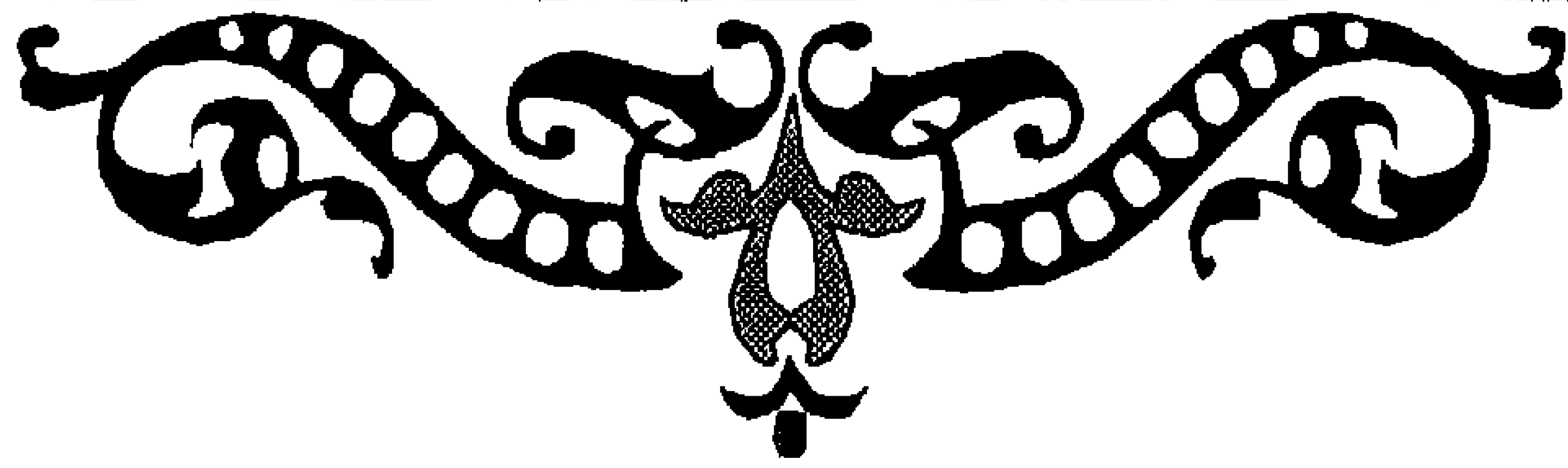


بسم الله الرحمن الرحيم

﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُم بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ
وَالْأَنفُسِ وَالثَّمَرَاتِ ۗ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿١٥٥﴾ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُم
مُّصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴿١٥٦﴾ أُولَٰئِكَ عَلَيْهِمْ
صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ ۖ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴿١٥٧﴾﴾

صدق الله العظيم

(سورة البقرة: ١٥٥-١٥٧)



إهـــــداء

إلى..

الشهداء...

والأسرى...

محتويات الكتاب

الصفحة

فهرس الجداول ١٧

فهرس الأشكال ٢١

تقديم ٢٣

الباب الأول: الخبرات الصدمية ٢٧

الفصل الأول: ضغوط الحياة وصدماتها ٢٩

١ - تعريف الضغط والضاغط ٣١

٢ - المراحل التي مرت بها بحوث الضغوط ٣٥

أولاً: بحوث الكوارث ٣٥

ثانياً: بحوث أحداث الحياة ٣٦

ثالثاً: ضغوط الحياة اليومية ٣٨

٣ - ضغوط الحياة والمرض ٤٠

٤ - الكوارث والصدمات ٤١

٥ - تصنيف الضواغط ٤٦

٦ - الأبعاد العامة للصدمة ٤٧

٧ - أنواع الحوادث الصدمية ٤٨

٨ - مقارنة بين الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر ٤٩

٩ - الضغوط واضطراب الضغوط ٥٠

١٠ - كيفية عمل الحادث الضاغط ٥٢

الفصل الثاني: نبذة تاريخية عن الضغوط والخبرات الصدمية ٥٥

١ - مدخل تاريخي لبحوث الضغوط ٥٨

٢ - ملاحظات مبكرة عن الضغوط الصدمية ٦١

الصفحة

٣ - ارتجاج العمود الفقري نتيجة حوادث السكك الحديدية وعصاب التعويض ٦٢

٤ - ضغوط الحرب الأهلية الأمريكية ٦٢

٥ - الحرب العالمية الأولى وصدمة القذائف ٦٣

٦ - ضغوط الحرب العالمية الثانية ٦٤

٧ - التفسيرات النفسية للصدمة ٦٥

٨ - عصاب الصدمة بعد الخمسينيات ٦٦

٩ - تعدد الضغوط التي تقع على الإنسان ٦٦

١٠ - تسميات متعددة لاضطراب الضغوط عبر التاريخ ٦٧

١١ - الدراسات على زملات شبيهة باضطراب الضغوط ٧٠

١٢ - اضطراب الضغوط والدليل التشخيصي الأمريكي ٧٠

١٣ - الموقف الراهن ٧٣

الفصل الثالث: الاستجابة للأحداث الصدمية ٧٥

١ - الاستجابة الإنسانية للضغوط ٧٧

٢ - الفروق الفردية في الاستجابة للصدمة ٧٨

٣ - العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة ٧٩

٤ - الاستجابات المتنوعة للصدمات ٨١

أ - أنواع الاستجابات ٨١

ب - الاستجابات على شكل أعراض ٨٣

جـ - الاستجابات الظواهرية ٨٤

د - الاستجابات الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية ٨٥

٥ - الاضطرابات النفسية التي يمكن حدوثها بعد الصدمة ٨٦

أ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة ٨٧

الصفحة

ب – القلق ٨٨

ج – الخوف المرضي ٨٩

د – الاكتئاب ٩٠

الفصل الرابع: معدلات انتشار الأحداث الصدمية واضطرابها ٩٣

١ – الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط ٩٥

٢ – معدلات انتشار الحوادث الصدمية ٩٦

٣ – معدلات انتشار اضطراب الضغوط ١٠٠

٤ – استعراض «جرين» لعدد من الدراسات ١٠١

٥ – الفروق بين الجنسين في معدلات حدوث الحوادث الصدمية ١٠٢

٦ – الدراسات الطولية لاضطراب الضغوط ١٠٤

٧ – أسباب الاختلاف بين الدراسات في معدلات انتشار الاضطراب ١٠٦

الفصل الخامس: التغير المعرفي في أثناء الأزمات ١٠٩

١ – المخطط المعرفي ١١٢

٢ – العالم الافتراضي ١١٣

٣ – الافتراضات الأساسية ١١٤

أ – العالم خيّر ١١٥

ب – العالم له معنى ١١٦

ج – الذات جديرة بالتقدير ١١٦

٤ – الأزمات ودحض الفروض ١١٧

٥ – الأحداث التي تهدم الافتراضات ١١٨

٦ – خواص الأحداث التي تهدم الافتراضات ١٢٠

٧ – القابلية للجرح بوصفها تغيراً معرفياً ١٢١

الصفحة

٨ - إعادة بناء الافتراضات ١٢٣

٩ - عالم واقعي بالنسبة للضحية ١٢٩

الباب الثاني: اضطراب الضغوط التالية للصدمة ١٣١

الفصل السادس: أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ١٣٣

١ - الأعراض الأولية ١٣٥

٢ - الأعراض الثانوية ١٣٧

٣ - أعراض عامة في النفس والجسم ١٤٣

أ - الأعراض النفسية ١٤٣

ب - الأعراض الجسمية ١٤٥

٤ - العلامات التحذيرية لاضطراب الضغوط ١٤٧

الفصل السابع: تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة ١٤٩

١ - العوامل المهيئة لظهور اضطراب الضغوط ١٥١

٢ - عوامل الخطورة التي تزيد من احتمالات حدوث اضطراب الضغوط ١٥٥

٣ - عوامل الإصابة باضطراب الضغوط ١٥٦

أ - عنف الصدمة وشدة التعرض لها ١٥٦

ب - العوامل الشخصية والاجتماعية قبل الكارثة ١٥٨

جـ - وجهة نظر الضحية إلى الحادث الصدمي ١٦٠

د - نظم المساندة الاجتماعية ١٦٢

٤ - النماذج النفسية لتفسير اضطراب الضغوط ١٦٣

أ - الإشراط التقليدي ١٦٣

ب - نظرية العاملين (مورار) ١٦٥

جـ - نموذج «فو، وكوزاك» ١٦٦

الصفحة

د - نموذج آل «سو» متعدد العوامل ١٦٦
٥ - التفسيرات البيولوجية لاضطراب الضغوط ١٦٧
٦ - النظريات المفسرة لنشأة الأمراض المرتبطة بالضغوط ١٧٠
الفصل الثامن: المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ١٧٣
١ - اضطراب الضغوط بوصفه فئة تشخيصية مستقلة ١٧٥
٢ - اضطراب الضغوط بوصفه فئة فرعية في اضطرابات القلق .. ١٧٧
٣ - المحكات التشخيصية للاضطراب ١٨٢
أ - محكات الدليل الثالث المعدل ١٨٢
ب - محكات الدليل الرابع ١٨٥
٤ - التعديلات التي أدخلت في الدليل الرابع ١٨٦
٥ - التشخيصات المصاحبة لاضطراب الضغوط ومعدلاتها ١٨٧
٦ - اضطراب الضغوط والاعتماد على الكحول والعقاقير ١٨٩
٧ - اضطراب الضغوط لدى الأطفال ١٩١
الفصل التاسع: طرق تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة ١٩٥
١ - أهداف القياس والتقدير في اضطراب الضغوط ١٩٧
٢ - البيانات الأساسية عن الصدمة والضحية ١٩٨
٣ - دراسة الحالة ١٩٩
٤ - المقابلة التشخيصية المقيدة ٢٠١
٥ - استخبارات اضطراب الضغوط ٢٠٣
٦ - أدوات القياس الفيزيولوجية ٢٠٨
٧ - تكامل طرق قياس الاضطراب وتشخيصه ٢٠٩
الفصل العاشر: علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ٢١١
١ - العلاج السلوكي ٢١٤

الصفحة

٢ - العلاج الانفجاري والغمر المتخيل ٢١٥
٣ - طريقة التعرض العلاجي المباشر ٢١٨
٤ - العلاج السلوكي المعرفي ٢١٩
٥ - العلاج الجماعي ٢٢٠
٦ - العلاج بالعقاقير ٢٢١
تذييل عن علاج الأقليات ٢٢٢
الباب الثالث: نماذج للصدمات ٢٢٣
الفصل الحادي عشر: نماذج للأحداث الضاغطة ٢٢٥
١ - المحرقة أو الإبادة الجماعية لليهود ٢٢٨
٢ - التعذيب ٢٣١
٣ - اختطاف طائرة ٢٣٨
٤ - ضغوط المهن الخطرة ٢٣٨
٥ - جرائم العنف ٢٣٩
٦ - أهم نتائج بحوث آثار الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر ٢٤١
الفصل الثاني عشر: نماذج من الكوارث الطبيعية ٢٤٥
١ - أعداد الكوارث الطبيعية وتوزيعها ٢٤٧
٢ - انهيار سد مدينة «بافلو - كريك» ٢٤٨
٣ - ثورة بركان قمة جبل «سانت هيلين» ٢٥٢
٤ - معدلات اضطراب الضغوط في الكوارث الطبيعية ٢٥٥
٥ - آثار التعرض للكوارث الطبيعية ٢٥٧
الفصل الثالث عشر: الاغتصاب ٢٦١
١ - مدخل عام وتعريف ٢٦٣

الصفحة

٢ - تاريخ الاغتصاب ٢٦٤
٣ - معدلات الانتشار ٢٦٥
٤ - أهم التفسيرات الخاطئة الشائعة عن الاغتصاب ٢٦٩
٥ - العلاقة بين الضحية والمجرم قبل الجريمة ٢٧١
٦ - جريمة الاغتصاب ٢٧٢
٧ - دوافع المجرم وشخصيته ٢٧٤
٨ - آثار الجريمة على الضحية ٢٧٩
٩ - الاغتصاب وعوامل الخطر للإصابة باضطراب الضغوط ٢٨٤
١٠ - تأثير الفن الإباحي والكتابات الداعرة ٢٨٤
١١ - الاغتصاب والحرب ٢٨٦

الفصل الرابع عشر: نماذج من صدمات الحروب ٢٨٧

١ - الدراسات النفسية في الجيش ٢٨٩
٢ - ويلات الحروب ٢٩٠
٣ - ضغوط القتال قبل حرب فيتنام ٢٩٢
٤ - معسكرات الاعتقال الألمانية في اسكندنافيا ٢٩٣
٥ - المقاومة الهولندية في الحرب العالمية الثانية ٢٩٥
٦ - موجز للآثار البعيدة المدى لصدمة الحرب ٣٠٢
٧ - آثار صدمة الحرب والعنف ٣٠٤

الفصل الخامس عشر: نموذج لصدمة حرب فيتنام ٣٠٧

١ - ضغوط القتال في حرب فيتنام ٣٠٩
٢ - الطبيعة الخاصة للحرب في فيتنام ٣١١
٣ - خسائر الأمريكيين في حرب فيتنام ٣١٢
٤ - معدلات انتشار اضطراب الضغوط ٣١٥

الصفحة

٥ - اضطراب الضغوط عند المحاربين العائدين من فيتنام ٣٢٠
٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة، المتأخر عند المحاربين ... ٣٢٤
٧ - العوامل المهيئة لاضطراب الضغوط ٣٢٦
٨ - الآثار النفسية المترسبة لدى أسرى الحرب في فيتنام ٣٢٧

الفصل السادس عشر: نموذج لصدمة العدوان العراقي على الكويت ٣٢٩

١ - صدمة العدوان العراقي ٣٣١
٢ - الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي ٣٣٣
٣ - اضطراب الضغوط التالية لصدمة العدوان العراقي ٣٣٦
٤ - العدوان العراقي مسبباً للتغير المعرفي السلبي ٣٣٩
٥ - دراسة واقعية للضغوط ومواجهة الصدمة في حرب تحرير الكويت ٣٤٢
٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند جنود عاصفة الصحراء . ٣٥٢
٧ - مآل اضطراب الضغوط التالية لصدمة العدوان العراقي ٣٥٤

الفصل السابع عشر: نماذج لدراسات آثار العدوان العراقي ٣٥٧

١ - دراسات أجريت في أثناء العدوان ٣٥٩
٢ - دراسات أجريت بعد التحرير مباشرة ٣٦٢
٣ - دراسات نشرت عام ١٩٩٣ .... ٣٦٨
٤ - دراسات نشرت عام ١٩٩٤ .... ٣٧٧
٥ - دراسات نشرت عام ١٩٩٥ .... ٣٨٤
٦ - دراسات نشرت عام ١٩٩٦ .... ٣٩٠
٧ - دراسات عام ١٩٩٧ وما بعده ٣٩٢
٨ - أهمية مواصلة دراسة آثار العدوان العراقي ٣٩٧
٩ - استنتاجات ختامية ٤٠٣

المراجع ٤٠٧

فهرس الجداول

رقم	الجدول	صفحة
١	الأبعاد العامة للحوادث الصدمية	٤٧
٢	موجز لأهم خصائص الكوارث الطبيعية والكوارث من صنع البشر	٤٩
٣	نماذج من مقياس «هولمز، وراهي» للضغوط الناتجة عن أحداث الحياة	٦٠
٤	المصطلحات والتسميات المختلفة التي استخدمت من الناحية التاريخية للإشارة إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة	٦٨
٥	الأسماء المستخدمة لوصف اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يوحي بعضها بالتمارض	٦٩
٦	الزملات المناظرة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في عدد من الدراسات السابقة	٧١
٧	العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة	٨٠
٨	زملات الأعراض التي يمكن حدوثها نتيجة للضغوط التالية للصدمة	٨٧
٩	معدلات انتشار الحوادث الصدمية	٩٩
١٠	معدلات اضطراب الضغوط عبر الزمن	١٠٥
١١	معدلات الاضطراب الناجمة عن اعتداء إجرامي غير متصل بالجنس	١٠٦
١٢	أهم الأعراض الجسمية والتوتر لدى الناجين من معسكرات الاعتقال	١٤٦
١٣	الأعراض الجسمية التي تحدث لدى أكثر من ٥٠٪ من المرضى بزملة استجابة الضغوط	١٤٧

رقم	الجدول	صفحة
١٤	العلامات التحذيرية المبكرة لاحتمال الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة	١٤٨
١٥	العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الضغوط	١٥٢
١٦	التغيرات الفيزيولوجية المرتبطة باضطراب الضغوط	١٦٨
١٧	المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط تبعا للدليل الثالث المعدل	١٨٣
١٨	المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط تبعا للدليل الرابع .	١٨٥
١٩	بنود المقياس المعدل لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ...	٢٠٦
٢٠	الاضطرابات المتعددة التالية لصدمة الأسر في معسكرات الاعتقال النازية بعد عشرين عاما من التحرر منها	٢٢٩
٢١	وسائل التعذيب المختلفة	٢٣٣
٢٢	وسائل التعذيب كما استرجعها عدد من الحالات	٢٣٤
٢٣	الأعراض النفسية الشائعة التالية للتعذيب تبعا لعدد من الدراسات	٢٣٥
٢٤	مقارنة بين المتوسطات على مقياس توازن الوجدان لعينة من ضحايا الجريمة في المقابلة الأولى ومعايير الاختبار	٢٤٠
٢٥	موجز لبحوث الصدمات المرتبطة بكوارث طبيعية أو كوارث من صنع الإنسان	٢٤١
٢٦	النسبة المئوية لزيادة الأمراض بعد كارثة بركان «سانت هيلين»	٢٥٣
٢٧	أنواع السلوك التالي للصدمة أو عواقبه ومتعلقاته والتعريف الإجرائي له في كارثة بركان «جبل سانت هيلين»	٢٥٤
٢٨	معدلات الإصابة باضطراب الضغوط في عدد من الكوارث الطبيعية ومقارنتها إلى الكوارث التي هي من صنع البشر	٢٥٦

رقم	الجدول	صفحة
٢٩	النسب المئوية للإناث اللاتي قررن أنهن اغتصبن في عدد من الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية	٢٦٧
٣٠	معدلات حدوث جريمة الاغتصاب تبعا لاختلاف الأعمار في الولايات المتحدة	٢٦٨
٣١	بعض التفسيرات الخاطئة الشائعة في الاغتصاب عن الأنثى الضحية وعن المهاجم لها	٢٦٩
٣٢	العلاقة بين الضحية والمجرم قبل جريمة الاغتصاب	٢٧١
٣٣	علاقة المغتصِب بالمغتصَبة قبل الجريمة في مسح أشمل	٢٧٢
٣٤	الأضرار الجسمية والنفسية التي قررتها أفراد عينة الإناث المغتصَبات في أثناء تنفيذ هذه الجريمة	٢٧٣
٣٥	الفروق بين نمطين من الاغتصاب: السلطة والغضب	٢٧٨
٣٦	أهم الأعراض التالية لصدمة الاغتصاب	٢٨١
٣٧	آليات وصمة العار لدى ضحية الصدمة	٢٨٣
٣٨	العوامل التي تزيد من احتمال وقوع ضحية الاغتصاب فريسة اضطراب الضغوط	٢٨٤
٣٩	النسب المئوية للأعراض لدى جنود المقاومة الاسكندنافيين ممن يعانون من مشكلات عقلية	٢٩٤
٤٠	انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى جنود المقاومة الهولندية في أثناء الحرب العالمية الثانية	٣٠٠
٤١	النسب المئوية للتقديرات الإكلينيكية لأعراض اضطراب الضغوط لدى الناجين من معسكرات الاعتقال الألمانية في هولندا	٣٠١
٤٢	الآثار البعيدة المدى للصدمة الناتجة عن الحرب العالمية الثانية في خمس دراسات متوسط أعمار عيناتها ٦٥ عاما تقريبا	٣٠٣

رقم	الجدول	صفحة
٤٣	موجز لأهم الدراسات على صدمة الحرب والعنف بعد الحرب العالمية الثانية وحتى الآن	٣٠٤
٤٤	بيانات إحصائية من الدراسة القومية لإعادة توافق محاربي فيتنام عام ١٩٨٨	٣١٩
٤٥	الاستجابات الذاتية للجنود الأمريكيين في فيتنام تجاه الخبرات الصدمية	٣٢٣
٤٦	العوامل الأربعة المستخرجة والبنود (الأعراض) المكونة لها لدى الجنود الأمريكان المحاربين في فيتنام	٣٢٥
٤٧	التشخيصات النفسية لأسرى الحرب في فيتنام بعد عامين من عودتهم إلى الوطن	٣٢٨
٤٨	الضغوط الواقعة على طاقم السفينة عند انتشار القوات في حرب الخليج الثانية	٣٤٨
٤٩	طرق المواجهة والتكيف على السفينة الحربية	٣٤٩
٥٠	أهم نتائج دراسة مركز البحوث التربوية (١٩٩٢) على اضطراب الضغوط لدى الأطفال بعد العدوان العراقي على دولة الكويت	٣٦٤
٥١	معدلات اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينتين من أطفال الكويت بعد العدوان العراقي	٣٦٥
٥٢	أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي على دولة الكويت	٣٧٣
٥٣	أهم مظاهر الاضطراب النفسي لدى الشباب الكويتي بعد العدوان العراقي	٣٧٨
٥٤	بعض بنود قائمة الآثار النفسية للعدوان العراقي من وجهة نظر طلاب الجامعة وتكراراتها	٣٨٠
٥٥	بنود قائمة المخاوف المتأثرة بالعدوان العراقي	٣٩٦

فهرس الأشكال

رقم	الشكل	صفحة
١	العلاقة بين الضاغط والضغط على ضوء نموذج «المنبه - الاستجابة»	٣٤
٢	العلاقة بين الضاغط والضغط والمرض	٣٤
٣	علاقة الضاغط أو الصدمة باضطراب الضغوط	٥١
٤	سياق: «الحادث الضاغط - الضغوط - الاضطراب»	٥١
٥	نموذج عمل الحادث الضاغط	٥٢
٦	نموذج اضطراب الضغوط التالية للصدمة	٥٣
٧	نموذج «ماكفارلين» لتفاعل مكونات اضطراب الضغوط التالية للصدمة	٥٤
٨	نموذج للاستجابة الإنسانية للضغوط	٧٨
٩	«التعليق» إحدى طرق التعذيب	٢٣٦
١٠	«إطار السيارة» طريقة من طرق التعذيب	٢٣٧
١١	«الفلكة» بوصفها طريقة من طرق التعذيب	٢٣٧
١٢	تأثير الكارثة على سلوك الإنسان	٢٥٥
١٣	بعض آثار الخبرة الصدمية	٣٨٤

تقديم

يواجه الإنسان عبر سني حياته مواقف شتى، يوسم بعضها بأنها مواقف عادية سوية يمر بها كافة البشر، ويوصم بعضها الآخر بأنها مواقف غير عادية ولا سوية، ويمر بها فئة قليلة من الناس. وتقع الخبرات العصبية الضاغطة، والصدمات العنيفة الموجعة تحت الفئة الأخيرة غير العادية، التي يعد المرور بها وتجربتها خبرة صدمية عنيفة.

والحوادث الصدمية موجودة منذ وجد الإنسان، بعضها طبيعي والآخر من صنع الإنسان، فأما الكوارث الطبيعية فأمثلتها الزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات. على أن القرن العشرين، والذي نعيش السنين الأخيرة فيه، شهدت العقود الأخيرة منه بوجه خاص تزايد معدلات الحوادث الصدمية التي هي من صنع البشر man-made كالكوارث التكنولوجية (كانفجار مفاعل «تشيرنوبل» في روسيا)، وتسرب الغازات، وتحطم الطائرات، والعنف والحروب والجرائم وبخاصة القتل والاغتصاب، والأسر والاعتقال والارتهان والخطف والتعذيب.

ومن الممكن أن نفترض - ونحن نقف على أرض صلبة - أن معدلات الحوادث الصدمية التي هي من صنع البشر في تزايد مستمر، فقد شهد هذا القرن حربين عالميتين طاحنتين، ما يزال يُعالَج بعض جنودهما حتى الآن من اضطرابات نفسية ناجمة عنهما. وبعد أن وضعت الحرب العالمية الثانية أوزارها بقليل نشب - في مختلف قارات هذا العالم - مائة وخمسون حرباً منذ عام ١٩٤٥ وحتى عام ١٩٩٤، نتج عنها موت اثنين وعشرين مليوناً من الأشخاص. وفي تقدير أُجري عام ١٩٩٣ اتضح أن هناك ثماني وأربعين دولة من دول العالم نشبت بينها حروب أو حدثت فيها نزاعات داخلية (Meichenbaum, 1994, p.29).

وقد نشبت في منطقة الخليج، في ربع القرن الأخير، حربان طاحنتان، أولاهما تلك الحرب الضروس بين العراق وإيران، وثانيهما حرب تحرير الكويت من عدوان العراق عليها. وغنيّ عن البيان أن ما نجم عن هاتين الحربين من

كوارث وخسائر وآثار سيئة قد جذب هذه المنطقة إلى الوراء سنين عدداً، بل سنوات عديدة جداً. ومن ثم خصصنا للعدوان العراقي على دولة الكويت والصدمة النفسية الناتجة عنه فصلين مستقلين بوصفه نموذجا للضغوط والأحداث المسببة للصدمة.

وتاريخ مجال الضغوط الصدمية (أو ما يسمى الآن بعلم الصدمة Traumatology) له ماض طويل تتبعه «تشارلز فيجلي» من التقارير التي كتبها الطبيب في مصر القديمة لردود الأفعال الهستيرية (بردية كونايوس). وتتاح نماذج تاريخية كثيرة لردود الأفعال الإنسانية للأحداث الصدمية العنيفة، ومنها كتابات كل من «هوميروس» في «الأوديسة» و«شكسبير» في «الملك هنري الرابع»، ووصف «تشارلز ديكنز» للناجين من حادث خطير لقطار، ومذكرات «صامويل بيبيس» عام ١٦٦٦ بعد مشاهدته حريق لندن الكبير (انظر للتفصيل: الفصل الثاني).

وقد وُضعت لردود الأفعال الإنسانية للأحداث الصدمية أسماء مختلفة، فسميت عُصاب الرعب (كريبلين)، وارتجاج العمود الفقري الراجع إلى صدمة عنيفة (إريكسين)، وعُصاب التعويض حيث يتزايد معدل المرض نتيجة حوادث السكك الحديدية بعد إدخال قوانين التعويض (ريجلر)، والسُّواد (الاكتئاب الشديد) والوُطَان أو الأُبَابَةُ (الحنين إلى الوطن) الذي بدا على الجنود إبان الحرب الأهلية الأمريكية، ووضعت - نتيجة لذلك - مصطلحات وصفية مثل «قلب الجندي» أو «القلب المستثار»، وصك «أوبنهايم» عام ١٩١١ مصطلح العصاب الصدمي Traumatic Neurosis، واستُخدم في الحرب العالمية الأولى مصطلح «صدمة القذائف» Shell Shock التي كان يُعتقد أنها تنتج عن تغيرات في الضغط الجوي، أو زيادة أول أكسيد الكربون الناتج عن القتال، ثم وضع «جرنكر، وسبيجل» عام ١٩٤٥ مصطلح عُصاب الحرب War Neurosis أو العصاب الصدمي. واستخدمت في الحرب العالمية الثانية مصطلحات عدة منها: استنزاف المعركة، وتعب القتال، وذلك للإشارة إلى الأعراض الناجمة عن صدمة القتال.

ومن الواضح أن الإصابات النفسية الناجمة عن حرب ڤيتنام كانت مسؤولة

في المقام الأول عن مزيد من الاهتمام بعصاب ما بعد الصدمة، وتزايد هذا الاهتمام أيضا نتيجة ارتفاع معدلات الاغتصاب والعنف والجرائم الأخرى، مما ساعد على تفسير ردود الأفعال الإنسانية للكوارث الطبيعية وتلك التي تعد من صنع الإنسان.

وحدث تقدم مهم في الدراسة العلمية لردود الأفعال الإنسانية للصدمات على اختلاف أنواعها بإفراد تصنيف مستقل في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين عام ١٩٨٠ تحت عنوان: «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)، ثم حدثت تنقية لمحكاته التشخيصية في الدليل الرابع DSM-IV عام ١٩٩٤. وسوف نشير إليه أحياناً - للإيجاز - باضطراب الضغوط فقط.

وقد حدث اهتمام كبير في الثمانينيات والتسعينيات من هذا القرن ببحوث اضطرابات الضغوط، وبخاصة بعد أن عُدّ اضطراب الضغوط التالية للصدمة تصنيفا فرعيا من اضطرابات القلق في الدليل المشار إليه منذ عام ١٩٨٠ فصاعداً، وفي عام ١٩٨٥ تأسست «جمعية دراسات ضغوط الصدمة» The Society for Traumatic Stress Studies، وشاع مؤخراً مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD، وظهرت مصطلحات مهمة في الميدان مثل: علم الصدمة Traumatology وعلم الضحية Victimology، ونُشرت كتب كثيرة، وتأسس عدد من الدوريات العلمية، وعُقدت المؤتمرات والندوات لمعالجة الموضوع نفسه من زوايا مختلفة.

وبيّن استعراض للبحوث عن الحوادث الصدمية أن ١٥٩٦ مرجعاً ظهر بين عامي ١٩٧٠ و١٩٩٠، وزاد عدد المقالات المنشورة في الموضوع (Freedy & Donkervoet, 1995). وذكرت «بوني جرين» أنه صدر في السنين القليلة الأخيرة ما يقرب من ٦٠٠-٧٠٠ مقال ودراسة في اللغة الإنجليزية تحت موضوع اضطراب الضغوط وحده (Green, 1994). ومن ناحية أخرى فإن الدراسات العربية في مجال اضطراب الضغوط كانت نادرة، ولكن الملاحظ أنه بعد العدوان

العراقي على دولة الكويت ظهر عدد لابأس به من البحوث الميدانية العملية Empirical التي ترصد آثار هذا العدوان على عينات من المواطنين الكويتيين على اختلاف أعمارهم. ومع ذلك فإن المراجع العلمية المنشورة باللغة العربية نادرة في هذا المجال.

وينقسم هذا الكتاب إلى ثلاثة أبواب تضم سبعة عشر فصلاً، يشتمل الباب الأول: الخبرات الصدمية على خمسة فصول: ضغوط الحياة وصدماتها، ونبذة تاريخية عن الضغوط والخبرات الصدمية، والاستجابة للأحداث الصدمية، ومعدلات انتشار الأحداث الصدمية واضطرابها، والتغير المعرفي في أثناء الأزمات. ويعرض الباب الثاني لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويضم خمسة فصول: أعراض اضطراب الضغوط، وتفسير الاضطراب، والمحكات التشخيصية، وطرق التشخيص، ونبذة عن العلاج. أما الباب الثالث فيقدم نماذج للصدمات، ويحتوي على سبعة فصول: نماذج للأحداث الضاغطة، والكوارث الطبيعية، والاغتصاب، والحروب، وحرب ڤيتنام، والعدوان العراقي على الكويت. ويختتم الكتاب بنماذج لدراسات نفسية في آثار العدوان العراقي.

وأخيرا أتوجه بشكر جزيل إلى لجنة التأليف والتعريب والنشر بجامعة الكويت، وإلى أحد المحكمين الذي قدم اقتراحات بناءة، وإلى مطابع الوزان العالمية وبخاصة القائم على طباعة الكتاب، جزاهم الله جميعا خير الجزاء. والحمد لله من قبل ومن بعد.

وأرجو أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله تعالى، وأن يكون مما يُنتفع به: ﴿قُلْ إن صلاتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين﴾. وآخر دعوانا «أن الحمد لله رب العالمين».

هذا وبالله التوفيق.

أحمد محمد عبدالخالق

الباب الأول

الخبرات الصدمية

الفصل الأول: ضغوط الحياة وصدماتها.

الفصل الثاني: نبذة تاريخية عن الضغوط والخبرات الصدمية.

الفصل الثالث: الاستجابة للأحداث الصدمية.

الفصل الرابع: معدلات انتشار الأحداث الصدمية واضطرابها.

الفصل الخامس: التغير المعرفي في أثناء الأزمات.

الفصل الأول
ضغوط الحياة وصدماتها

تمهيد

١ - تعريف الضغط والضاغط.

٢ - المراحل التي مرت بها بحوث الضغوط.

أولاً: بحوث الكوارث.

ثانياً: بحوث أحداث الحياة.

ثالثاً: ضغوط الحياة اليومية.

٣ - ضغوط الحياة والمرض.

٤ - الكوارث والصدمات.

٥ - تصنيف الضواغط.

٦ - الأبعاد العامة للصدمة.

٧ - أنواع الحوادث الصدمية.

٨ - مقارنة بين الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر.

٩ - الضغوط واضطراب الضغوط.

١٠ - كيفية عمل الحادث الضاغط.

الفصل الأول

ضغوط الحياة وصدماتها

تمهيد

يعرض هذا الفصل لتعريف الضغط والضاغط، والمراحل التي مرت بها بحوث الضغوط، والعلاقة بين ضغوط الحياة والمرض، وتعريف الكوارث والصدمات، وتصنيف الضواغط، مع بيان أبعاد الصدمة، وأنواع الأحداث الصدمية، ثم عقد مقارنة بين الكوارث الطبيعية وتلك التي هي من صنع البشر، والعلاقة بين الضغوط واضطراب الضغوط، وأخيراً كيفية عمل الحادث الضاغط.

١ - تعريف الضغط والضاغط

الضاغط Stressor (وجمعه ضواغط) أي حادث يعمل بوصفه منبها يفرض مطالب demands على الشخص أو المجموعة أو المنظمة. والضواغط البسيطة ينتج عنها رد فعل الضغط المعتدل، والضواغط الشديدة ينتج عنها ردود أفعال زائدة للضغوط. وقد تكون الضواغط ناتجة بفعل عوامل حيوية Biogenic، وهي تسبب الضغط عن طريق تأثيرها الكيميائي الحيوي مثل: الكافيين، والنيكوتين، والأمفيتامين... إلخ. أما الضواغط النفسية الاجتماعية فهي أحداث بيئية تجهز المسرح لاستجابة الضغوط، ولا تسبب الضغوط بطريقة مباشرة، وتحدث من خلال العلاقات الحوارية (بين الأشخاص). ولا تسبب هذه العلاقات الضغوط ببساطة، بل من خلال تفسير الشخص لها (Mitchell & Everly, 1995, p.6).

والضغط Stress (وجمعه ضغوط) استجابة تتسم بالتنبه البدني والنفسي، يظهر بوصفه نتيجة مباشرة للتعرض لأي مطلب أو ضغط على الكائن العضوي، وكلما كان المطلب له مغزى أكبر تزايد عمق الاستجابة للضغوط. وبعض الضغوط إيجابية في تأثيرها، وهي الاستجابة للضغوط ذات الدرجة المتوسطة،

والتي تعد في الواقع مساعِدة في دفعها لنا للقيام بتغييرات إيجابية، وبأن نتطور ونحقق أهدافنا. وعندما تكون الضغوط مُعينة مساعِدة فإنها تسمى ضغوطاً إيجابية Eustress، وعندما تكون الاستجابة للضغوط زائدة فإنها يمكن أن تسبب الأذى، وتسمى الطبيعة المدمرة للضغوط بأنها مؤلمة أو مضايقة Distress. ومن الأفضل أن نفكر في الضغوط على أنها المجموع الكلي «للبلى والتمزق»(*) Wear and tear كما بيّن «سيلي» Selye، ومن ثم فإنه يعتقد أنها تعجل بعملية التقدم في العمر (Mitchell & Everly, 1995, p.6).

ويمكن أن يُعرّف الضغط Stress بأنه العملية التي تفرض فيها الحوادث البيئية أو الضغوط عبئاً ثقيلاً على الإنسان في مواجهتها Coping أو تمثل تهديداً له، ويتعين عليه في أثناء الضغط أن يجد طرقا للتعامل مع مطالب البيئة، ومن ثم فإن حدوث أمر ضاغط يواجَه بوساطة استجابة معينة معدة للتخلص منه أو من آثاره، وتستمر هذه الاستجابة حتى تنتهي هذه الحالة. وحتى تتكشف هذه العملية تحدث تغيرات نفسية فيزيولوجية. وبعد حل موقف معين فإن تغيرات إضافية أو آثاراً لاحقة تحدث، ومع ذلك فإن محاولات التحكم في المطالب البيئية والتكيف لها ليست ناجحة دائما، فإن نجاح المواجهة واستمرار المطالب وشدتها تحدد احتمال حدوث العواقب السلبية. وتشتمل هذه العواقب على مجموعات متكاملة من التغيرات البيولوجية والنفسية، والتي قد تكون معتدلة أو شديدة (Davidson *et al.*, 1986).

والضغوط أو المشقة أو الانعصاب(**) Stress مفهوم مستعار من الفيزياء، ويشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، مثال ذلك أن

(*) يشير «البلى» wear إلى تلف أو تدهور نتيجة الاحتكاك، أما التمزق tear فهو شد أو سحب بعنف. والمصطلح فيزيولوجي يعني فقد الخاصية أو تناقصها نتيجة الاستخدام بمرور الزمن؛ أو الاستهلاك المؤدي إلى تناقص القيمة أو الوظيفة (في أحد أعضاء الجسم)؛ أو التآكل الناتج عن الاحتكاك الذي يؤدي إلى فقد مادة ما على الوحدات أو الأسطح المتقابلة.

(**) كلها ترجمات ممكنة لمصطلح Stress، وسوف نستقر على استخدام ترجمة: «الضغوط».

تضغط صخرة ضخمة سقطت من حالق على أرض رخوة فتغور فيها وتندفع داخلها، أو تصطدم سيارة بأخرى تسيران بسرعة عالية، فتسبب كل منهما ضغطاً شديداً على الأخرى فيتحطم مقدم السيارتين.

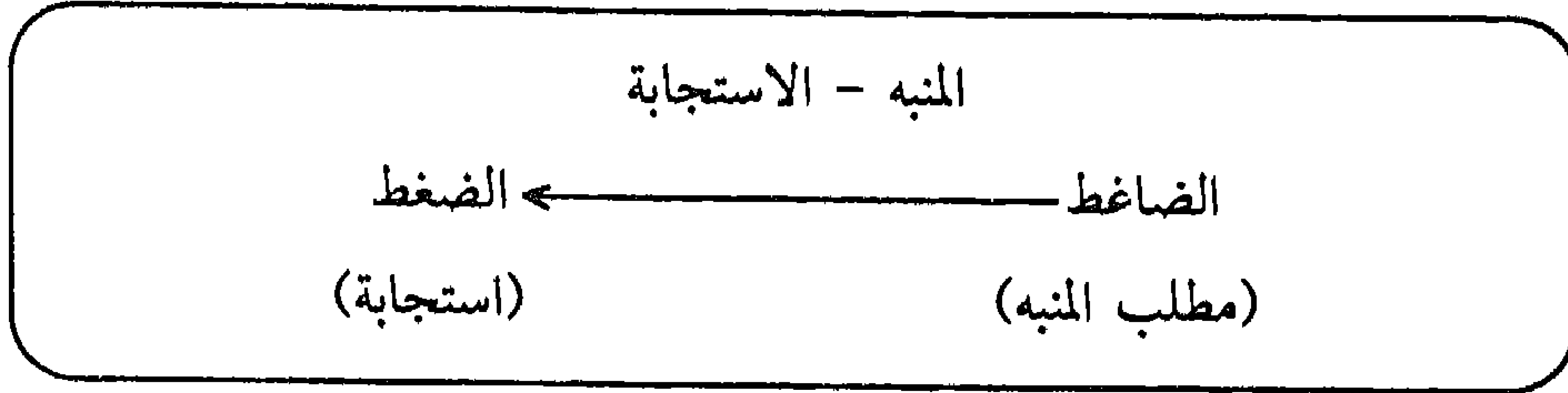
وقد استعار علم النفس - بوصفه علما حديث النشأة - مصطلح الضغوط من الفيزياء؛ للإشارة إلى درجة مرتفعة من الضغوط الواقعة على الإنسان في حياته اليومية، والتي يمكن أن تضغط عليه وتدفعه أو تجذبه. ومصادر المشقة أو الضغوط على الإنسان في هذا العصر عديدة ومتزايدة منها: تغيرات الحياة، وحوادث الوفاة (وبخاصة القرين: الزوج أو الزوجة)، والمرض العضوي، والإحباط (إعاقة دوافعنا عن أن تصل إلى تحقيق أهدافها)، وصعوبات الحياة، ومشكلات محددة لا نجد لها حلاً. . . ومن الواضح أن مصادر الضغوط الواقعة على الإنسان المعاصر قد لا تنتهي، علماً بأنها تختلف من فرد إلى آخر، ومن مرحلة إلى أخرى من مراحل النمو أو التطور لدى الفرد الواحد. وقد دلت البحوث النفسية والطبية النفسية على أن التعرض للمواقف العصيبة التي تستمر زمنا لا تسبب القلق المزمن فحسب، بل إنها أيضا تزيد من معدلات كُلٍّ من المرض والوفاة ومظاهر تقدم العمر قبل الأوان.

وتعد الكوارث التي يصنعها الإنسان من أكبر مصادر الضغوط عليه، ومنها الحروب والاغتصاب والخطف، وكلها مواقف عصيبة تكسر الإيقاع السوي للحياة اليومية، وتعد خروجاً على المألوف والعادي والمتوقع، وينجم عنها قدر من الذلة أو المهانة أو احتقار الإنسان لنفسه وعدم توقيره لها، ولا يكون ذلك غالباً لذنب جنته يداه، بل يكون نتيجة قسر أو قهر أو إكراه.

العلاقة بين الضاغط والضغط

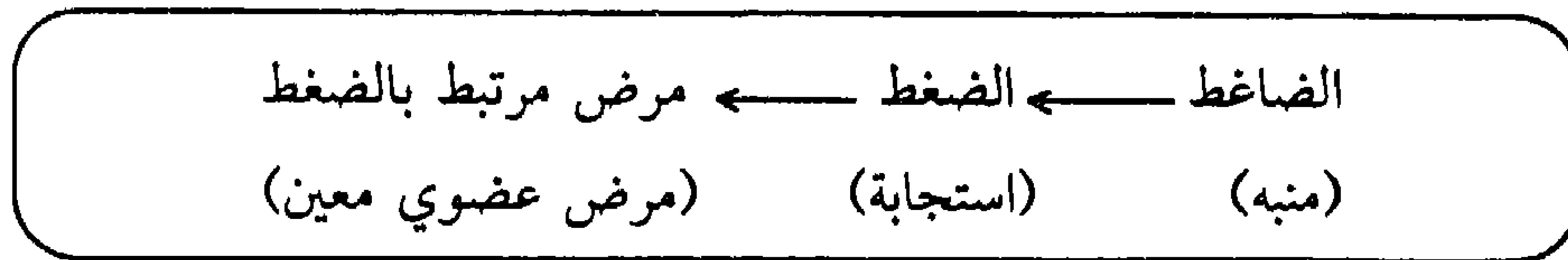
يمكن القول - بوجه عام - بأن الضاغط Stressor منبه يفرض على الإنسان مطالب معينة، ويتسبب في إثارة السلوك وتحريكه، في حين أن الضغط Stress

استجابة الإنسان للضاغط الذي يعمل عمل المنبه. ويمثل شكل (١) العلاقة بين الضاغط والضغط.



شكل (١): العلاقة بين الضاغط والضغط على ضوء نموذج «المنبه - الاستجابة»

واتساقا مع تعريف «سيلي»، فإن الضغط هو استجابة العقل والجسم التي تتوسط mediate بين المنبهات الضاغطة (مجموعة من الظروف أو الأحداث النفسية الاجتماعية) والضغط المرتبط بأمراض عضوية معينة. ويبين شكل (٢) هذه العلاقة.



شكل (٢): العلاقة بين الضاغط والضغط والمرض

وكما نجد في شكل (٢) فإن استجابة الضغط تقوم بمهمة الربط أو آلية التوسط Mechanism of mediation التي تفسر كيف يمكن للمنبهات الضاغطة أن تسبب الأمراض العضوية المرتبطة بالضغط وخلل الوظائف أو على الأقل ترتبط بها ارتباطاً شديداً.

وليست كل الضغوط سيئة، فإن زيادة التنبه الناتج عن الضغوط حتى حد معين يُحسِّنُ الأداء. وكما ذكر «سيلي»: فإن غياب الضغوط جميعاً هو الموت (Mitchell & Everly, 1995, pp. 17-19).

٢ - المراحل التي مرت بها بحوث الضغوط

هناك في الحقيقة ثلاث مراحل مرت بها بحوث الضغوط خلال الخمس والعشرين سنة الماضية كما يورد «شيريبوجا» (Chiriboga, 1992, p.35 ff) وهي كما يلي:

أولا: بحوث الكوارث أو النكبات Catastrophes.

ثانيا: بحوث أحداث الحياة Life events.

ثالثا: بحوث مسببات الضغوط في الحياة اليومية.

والآن يحدث تكامل بين هذه المراحل الثلاث، ونعرض لها بشيء من التفصيل فيما يلي:

أولا: بحوث الكوارث

ركزت الجهود المبكرة في دراسة الضغوط على بحوث الكوارث أو النكبات، فتمت دراسة الأشخاص الذين واجهوا ظروفاً حياتية قاسية مسببة للتمزق disruptive بدرجة شديدة. وقد اهتمت هذه البحوث بفحص الآثار الأولية للضغوط على الفرد فضلاً عن عواقبها، كالبحوث التي درست الناجين من المحرقة Holocaust التي استخدمت للإبادة الجماعية.

ويمكن القول بأن الأساس العقلاني لهذا المدخل يقع في النظرية المبكرة للتحليل النفسي، حيث كان المبدأ المعني هنا هو ردود الفعل تجاه الاحتجاز أو الحبس تحت التهديد. ومن أمثلة هذا الجيل من البحوث المتصلة بالضغوط: دراسات «لندرمان» Lindermann عام ١٩٤٤ على تأثير كارثة «بستان جوز الهند» Coconut Grove، وبحوث كل من «جرنكر، وسبيجل» المأثورة (الكلاسيكية) على الجنود الأمريكيين العائدين من الحرب العالمية الثانية. وحتى «هانز سيلي» - الأب الشرعي لبحوث الضغوط - يمكن القول بأنه تبع هذا النموذج للبحوث، لأن تصميم بحوثه تضمن بوجه عام ما هو أكثر من الصدمة العضوية أو البدنية لحيوانات تجاربه. وقد اعتمدت الطرق البحثية لهذا المدخل - في المقام الأول - على تصنيف استجابة الأفراد إلى حادثة مفردة.

وحيث إن مدخل بحوث الكارثة قد ركز على ما يلي الحادث وليس الحادث ذاته فليس من الغريب أن تكون إحدى الإضافات المهمة لبحوث الكوارث مزيداً من الفهم للضحايا، فقد أصبحت الدراسة الإكلينيكية للأشخاص الذين يعانون من ضغط شديد مجالاً أساسياً للاهتمام. وإحدى النتائج المهمة لبحوث الكوارث التعرف إلى تجميع معين للأعراض المرتبطة بالتعرض لظروف الضغوط الشديدة التي وُصفت في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III الصادر عام ١٩٨٠ عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين. ولم يصف الإكلينيكيون ردود أفعال الأفراد للضغوط الشديدة فحسب بل قدموا لها طرقاً علاجية أيضاً. ومن نماذج هذا المدخل (بحوث الكوارث) تحديد «إليزابيث كوبلر-روس» (Kübler-Ross, 1969) لمراحل الاحتضار، فضلاً عن دراسات الطلاق.

ومن عيوب هذا المنحى أن مجال بحوث الكوارث واسع جداً يشمل الكوارث الطبيعية كالزلازل أو موت عزيز، والكوارث الصناعية التكنولوجية كانفجار مفاعل «تشيرنوبل»، والكوارث التي هي من صنع البشر كمعسكرات الاعتقال، فضلا عن الافتراض الذي ليس له ما يسوغه من أن الأفراد الذين يواجهون كارثة يدركونها بطريقة متشابهة، على الرغم مما كشفت عنه الدلائل من أن استجابات الأفراد متغايرة للكارثة الواحدة.

كما أن من عيوب هذا التصميم أيضاً عدم وجود مستوى سابق يقاس به، فلا توجد بيانات قبل الضغوط لمقارنة ما بعد الضغوط بها. وأدت كل هذه العيوب وغيرها إلى ظهور استراتيجية جديدة في البحث وهي دراسة أحداث الحياة.

ثانياً: بحوث أحداث الحياة

يرجع منحى أحداث الحياة Life events في دراسة الضغوط إلى الستينيات من هذا القرن، فكانت تقاس بوساطة قوائم بسيطة نسبياً ومختصرة تتضمن مواقف يمكن أن يواجهها الناس، وكان من أوائل هذه القوائم القائمة التي وضعها

«أنطونوفسكي» Antonovsky وزملاؤه عام ١٩٦٥، وكانت موجهة للجمهور العام، على حين قدم «لووينتال» Lowenthal وصحبه عام ١٩٦٧ قائمة مختصرة للاستخدام مع كبار السن، وفي كلا الحالين يُطلب من المفحوص وضع علامة على البنود التي جربها ومر بها، ويقوم الباحث ببساطة بتسجيل عدد الأحداث.

وفي عام ١٩٦٧ نشر «هولمز، وراهي» Holmes & Rahe قائمة الأحداث الحديثة للحياة Schedule of Recent Events، والتي استخدمت مع كل المجموعات خلال مدة تراوحت بين عشرة أعوام وخمسة عشر عاما تقريباً منذ تقديمها للباحثين، حيث كانت الأداة الأساسية في بحوث الضغوط، وتشتمل القائمة على ٤٣ بنداً يعالج كل منها حدثاً من أحداث الحياة. وتضمنت نظاماً متقدماً للدرجات الموزونة، باعتبار أن كل حدث من هذه الأحداث يفرض على الناس مطالب محددة من إعادة التوافق. وكانت القائمة سهلة الاستخدام والتطبيق. وتوالت القوائم تترى بعد ذلك حيث شمل بعضها الأحداث السارة (انظر: أحمد عبدالخالق، ومحمد نجيب الصبوة، ١٩٩٦) وبعضها الآخر الأحداث غير السارة.

ومن مزايا بحوث أحداث الحياة أن هذه الطريقة الفنية مفيدة لأولئك الذين يجرون بحوثا مسحية نظراً لبساطة المفهوم والمدخل. ولكن حقيقة كون قوائم أحداث الحياة قابلة للتعديل لمجموعات معينة يعد ميزة وعيباً: ميزة في أنه يسمح بحساسية كبيرة عند دراسة هذه المجموعة، وعيباً في أن ذلك يضع حواجز أمام تعميم النتائج عبر الدراسات التي تستخدم صيغا مختلفة من هذه القوائم.

أما عيوب بحوث أحداث الحياة فمن أهمها أنه على الرغم من نظام الدرجات الموزونة المتقدم فقد نُشرت بحوث عديدة تثبت أن قوائم أحداث الحياة تكشف عن مشكلات عديدة متصلة بصدق المحتوى والصدق التنبُّئي وإمكانية التعميم. ومثال ذلك أن كثيراً من البنود المتضمنة في هذه القوائم يحتمل ألا تحدث في أواسط العمر والعمر المتقدم، هذا فضلا عن أن الدرجات الموزونة المستخدمة ليست قابلة للتعميم عبر الجماعات الاجتماعية والديموجرافية جميعا، ولا حتى داخل الأمة الواحدة إذ تختلف بدرجة جوهرية.

وقد نبه «شيريبوجا» إلى خطأ في قوائم أحداث الحياة، حيث ذكرت امرأة في أواسط العمر عن موت زوجها أنه حادث إيجابي، وبفحص الحالة ظهر أنها كاثوليكية متدينة، عانى زوجها من سرطان مؤلم جداً، واستمرت معاناته لأكثر من عامين، فكانت ترى أن موت الزوج راحة له من آلامه ومعاناته، كما أنه سوف يذهب إلى مكان جيد، حيث ستلحق به في المستقبل! والحقيقة أن ما يبدو موقفاً واحداً يدركه مختلف الناس بطرق مختلفة(*).

ثالثاً: ضغوط الحياة اليومية

تقبّل الباحثون منذ منتصف السبعينيات فصاعداً وجهة نظر بديلة لأحداث الحياة وهي: المواقف العصيبة للحياة اليومية أو المشاحنات أو المضايقات hassles، وظهرت طرق قياسية جديدة تضمنت بدائل لقوائم أحداث الحياة، وقد اشتملت عادة إما على عدد كبير من البنود أو مدخل مختلف لوضع أوزان للبنود، وبدائل لأحداث الحياة ذاتها، وقد ركز المدخل الأخير على مقاييس ظروف أو أحوال مثل المشاحنات أو المضايقات وغيرها من المواقف المزمنة والدائمة المسببة للضغوط. ولتسهيل فهم هذا المستوى فقد قُسم إلى ثلاثة أقسام: الضواغط Stressors ذات المستوى البسيط، والمتوسط، والضخم.

ويتضمن المستوى البسيط Microlevel للضواغط، المواقف الصعبة في الحياة اليومية، ومن أمثلتها: الاحتجاز في زحمة مرور، وعدم معرفة المكان الذي وَضَعْتَ فيه بطاقة التأمين الصحي، وعدم التمكن من إيجاد لباس مفضل لك وأنت ذاهب تلبي دعوة للغداء... إلخ. وهذه نماذج لأكثر المواقف الشائعة التي تسبب الضغوط، وهي أيضا أقل المواقف التي دُرست. وقد بَيَّن «هولمز، وهولمز» أن أحداث الحياة اليومية ترتبط بالشكاوى البدنية البسيطة بما فيها البرد العام

(*) يطلق على الإدراك الذاتي للموقف من قبل عدد من الأشخاص اسم طريف: «مسألة نصف كوب الماء»، فقد ينظر بعضهم إلى النصف الممتلئ، في حين يرى آخرون النصف الفارغ.

(الانفلونزا). وكشفت دراسات عديدة أن المضايقات اليومية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعواقب عضوية ونفسية أكثر من خبرات الحياة.

وتشتمل المواقف العصيبة من المستوى المتوسط Mezzolevel على المواقف الأقل انتشاراً وتواتراً من المواقف البسيطة، ولكن الفرد يتذكرها بوجه عام وتعد أكثر أهمية. وتقع في هذه الفئة دراسات مسببات الضغوط التي هي أطول زمناً من غيرها (المزمنة). وعلى الرغم من أن جانب التركيز الأساسي للبحوث التطورية في الضغوط كان على أحداث الحياة، والتي تمس ظروفا وأحوالاً حادة، فإن الأحوال المزمنة للحياة قد لقيت الاهتمام أيضا. والحقيقة أن مسببات الضغوط المزمنة يمكن أن يكون لها تأثير كبير على كفاءة قيام الفرد بوظائفه أكثر من مسببات الضغوط الحادة، حيث تبدو الأخيرة سيئة إلا أن تأثيرها يميل إلى أن يتلاشى بمرور الزمن، ولكن هذه النقطة مسألة جدالية.

أما مسببات الضغوط من المستوى الضخم Macrolevel فيكون تأثيرها - بادئ ذي بدء - على المجتمع بوجه عام، فإن الحرب في الشرق الأوسط، والأخبار الاقتصادية، وإراقة مواد خطرة على البيئة... يمكن أن تولد القلق، وترفع من الشعور بالضيق من جانب الجمهور. فقد قام «نورمان برادبورن» Bradburn، و«دافيد كابلوفتز» Caplovitz عام ١٩٦٥ في الولايات المتحدة باختيار مقياس جديد للروح المعنوية في سلسلة من الدراسات القومية على أساس الاحتمالات، والتي نفذت قبل اغتيال الرئيس «جون كينيدي» وبعده، ووجدا زيادة كبيرة في خبرة الناس بالانفعالات السلبية بعد حادث الاغتيال.

وفي وقت أحدث نسبياً قرر «هارفي برينار» Brenner عام ١٩٨٥ أن هناك رابطة قوية بين الانكماش في اقتصاد الولايات المتحدة والتزايد في معدلات دخول مؤسسات الأمراض العقلية. وبينت بحوث عديدة أن التغيرات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تؤدي إلى تشويش الأفراد واضطرابهم لأنها تتطلب التغير في الطريقة الاعتيادية للتفكير (Chiriboga, 1992, p.35 ff).

٣ - ضغوط الحياة والمرض

كشفت دراسة الحالات الفردية أن ضغوط الحياة يمكن أن تقوم بدور في إحداث المرض، ويمكن أيضاً أن تسبب أمراضاً خطيرة قد تفضي إلى الموت. ودليل ذلك حالات الوفاة الفجائية ومنها: المثال «الدرامي» لوفاة الكابتن الذي كان يبلغ ٢٧ عاما، وكان يقود فرقة الجنود في الاحتفالات الخاصة بجنازة الرئيس «كينيدي»، فقد مات بعد عشرة أيام من موت الرئيس نتيجة عدم انتظام في ضربات القلب واحتقان حاد. ومن ناحية أخرى فقد مات رجل عمره ٧٥ عاما كسب ١,٦٨٣ مليونا من الدولارات بتذكرة رهان ثمنها دولاران، مات وهو على وشك أن يصرف قيمة الجائزة.

وقد جمع «والتر كانون» في دراساته على الانفعالات العنيفة عام ١٩٢٩ عددا من الحالات ليبرهن على أن ضغوط الحياة يمكن أن تؤدي إلى أمراض. وفي أحد هذه الأمثلة: زوجة رأت زوجها يسير متأبطاً ذراع امرأة غريبة، ويتصرفان بطريقة تثير غيرتها وشكوكها، فمرضت مرضاً خطيراً. ونستنتج من ذلك أن ضغوط الحياة يمكن أن تقوم بدور في إحداث المرض، ولكن ذلك ليس في كل الحالات بطبيعة الحال (Kugelmann, 1992, p.96)، ذلك أن مواجهة الفرد الناجحة للضغوط وإدراكه لها إدراكاً واقعياً توافقياً يقلل من فرصة إصابته بالمرض.

وفي الأربعينيات والخمسينيات وأوائل الستينيات من هذا القرن، سميت الأمراض المرتبطة بالضغوط أمراضاً «نفسية جسمية» Psychosomatic (انظر: محمود أبو النيل، ١٩٨٤)، واتسم هذا النوع من الأمراض بمرض عضوي يمكن ملاحظته في الأنسجة، تسبَّب فيه الضغط الزائد. وفي عام ١٩٦٨ نشرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للأمراض العقلية DSM-II، وأشير إلى الأمراض المرتبطة بالضغوط في هذا الدليل على أنها أمراض نفسية فيزيولوجية Psychophysiological diseases، وفي الوقت ذاته فإن الاضطرابات العصابية التي تعوق الوظائف الحسية أو الحركية ولكنها لا تتضمن إصابة عضوية فعلية في الأنسجة سميت «الاضطرابات التحولية» Conversion

disorders أو «الاضطرابات الهستيرية». وغالبا ما تختلط الأمراض النفسية الجسمية مع الاستجابات التحولية. ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى أن الأمراض النفسية الجسمية المرتبطة بالضغوط هي أمراض حقيقية، تتضمن إصابة فعلية في النسيج، ويمكن أن تكون في النهاية مهدّدة للحياة في بعض الحالات. في حين أن الاستجابات التحولية خلل في الوظائف النفسية وليست مهدّدة للحياة.

وراجعت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين في عام ١٩٨٠ الدليل التشخيصي، وأصدرت الطبعة الثالثة DSM-III، ولم تعد فيه الأمراض المرتبطة بالضغوط تسمى «نفسية فيزيولوجية»، ولكنها وضعت تحت العنوان التشخيصي: «العوامل النفسية المؤثرة في المرض العضوي». وقد أسهم هذا التغيير في الزيادة الشديدة للاعتراف بالأمراض المرتبطة بالضغوط. وتغيرت الاضطرابات التحولية الشبيهة بالعصابية إلى فئة أوسع تحت اسم: «الاضطرابات التي تتخذ صورة جسمية» Somatoform، واحتفظ بهذا التصنيف في الدليل الرابع DSM-IV الصادر عام ١٩٩٤ (Mitchell & Everly, 1995, p.19). (انظر لتفصيل الأساس النظري لضغوط الحياة والمرض: Dohrenwend & Dohrenwend, 1984)

٤ - الكوارث والصدمات

من الممكن القول: إن الكارثة تحدث فينجم عنها صدمة، وقد تكون الصدمة شديدة من وجهة نظر الفرد فيترتب عليها (بعد توافر عوامل معينة) اضطراب محدد هو اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد يستوعبها الفرد - من ناحية أخرى - وتستثير الطاقات التكيفية لديه، ولا ينتج عنها هذا الاضطراب المشار إليه. وما يهمنا تأكيده - في هذا المقام - هو أن الكارثة عنصر ضاغط، أما الصدمة فهي شعور الفرد بالضغط الشديد الناتج عن الكارثة. ولكن الحق أن الأمر ليس بهذه البساطة، والمصطلحات في هذا المجال متداخلة إلى حد كبير، فكما أن الصدمة شعور بالضغط ناتج عن الكارثة، فإن بعض المؤلفين يستخدمون مصطلح الصدمة للإشارة إلى الضاغط نفسه، أي الحادث العنيف ذاته الذي يهاجم الإنسان كقولنا صدمة الحرب وصدمة الفيضان وصدمة الاغتصاب (انظر: Meichenbaum, 1994, p.32;

(Mitchell & Everly, 1995, p.6; Ursano *et al.*, 1994)، ومن هنا يَستخدم بعض الباحثين (Mitchell & Everly, 1995, p.7) تعبير «الضغوط الصدمية»، والمقصود هنا - على التحديد - الضغوط التي ينجم عنها صدمة.

وسوف نعرض فيما يلي لتعريف كل من: الكارثة والصدمة والحادث الصدمي، ويلاحظ أن التداخل كبير بينها؛ إذ تدور جميعا حول «الحادث الشاذ والخطير...»، ومن ثم فإنها تستخدم بشكل تبادلي إلى حد بعيد.

تعريف الكارثة:

يعرف «فجلي» (Figley, 1985) الكارثة Catastrophe بأنها حادث شاذ وغير عادي، أو سلسلة من الأحداث الفجائية القاهرة أو المغرقة أو الغامرة Overwhelming، وكثيراً ما تكون خطرة على الفرد نفسه أو على الأشخاص الآخرين المهمين بالنسبة له.

وهناك جوانب معينة ذات أهمية خاصة في خبرة الكارثة كما يلي:

أ - الدور الذي قام به في الكارثة الفرد الذي بقي على قيد الحياة.

ب - درجة التهديد لحياة الفرد أو غيره ممن يهمونه.

ج - التعرض لأمور «غريبة على نحو بشع» Grotesque.

د - التحذير الذي تلقاه الضحية.

واعتماداً على كثير من الدراسات، فإنه يبدو أن معظم الأفعال التي تعد «من عند الله» ينجم عنها ضحايا أقل، وتتطلب جهداً أقل للتغلب عليها من الناحية الانفعالية بالمقارنة إلى الأفعال التي تعد من صنع البشر، فالأخيرة جديرة باللوم، وتتطلب نوعاً من التعويض عما أصاب الفرد، ويترتب عليها لوم مدمر للذات. وعلى النقيض من ذلك فإن الكوارث الطبيعية نادراً ما تؤدي إلى تدمير أو عجز انفعالي، ومن ثم فإن مثل هذه الكوارث التي يمكن تجنبها كالحرب والجريمة والاغتصاب والحوادث الصناعية وغيرها تعد جميعاً من الصعب التغلب عليها من الناحية الانفعالية بوجه خاص.

وربما كانت أكثر الكوارث تدميراً من الناحية الانفعالية، تلك التي لا تعد من صنع البشر فقط، بل تؤثر أيضاً بشكل مباشر على الألفة والمودة والعلاقات الحميمة Intimacy للعائلة والدعم الاجتماعي الذي تقدمه، وتعد الكوارث التي تؤثر في الأطفال صادمة Impactive بوجه خاص، كأطفال الناجين من المحرقة، وأطفال الآباء المقتولين، والأطفال الذين هم ضحايا غشيان (جماع) المحارم Incest.

ومثل هذه الكوارث مزعجة وشاقة، ليس فقط لأنها تؤثر في الأطفال الذين يعتمدون على غيرهم ولهم مشاعر قابلة للجرح Vulnerable، ولكن أيضا لأن مثل هذه الجرائم - خلافاً للكوارث الطبيعية - من صنع البشر، وشريرة أثيمة قاسية Vicious، والمسؤولية عنها محددة ومعروفة. ولذلك فإن جرائم العنف بما فيها الحوادث التي تتسبب عن ارتكاب فعل سيئ أو خبيث كالقيادة والسائق مخمور تعد مزعجة بوجه خاص لأنها تخرق العدالة الإنسانية (Figley, 1985).

وينتج عن الكارثة حالة مؤقتة من عدم التوازن النفسي، تؤدي بعد ذلك إلى حالة من الاهتياج والاضطراب الانفعالي. وتمثل الأزمة تمزقاً Disruption واختلالاً للاتزان الحيوي Homeostasis(*) النفسي (Mitchell & Everly, 1995, p.6). والكارثة أو المصيبة Disaster ذات أثر صدمي، وتضر بموارد المجتمع، كما أنها

(*) هذا المصطلح مشتق من الكلمة اليونانية التي تعني «الحالة ذاتها». وقد قدم الفيزيولوجي الأمريكي «وولتر كانون» Cannon المصطلح ليشير به إلى أي عملية تعدل حالة موجودة أو مجموعة من الظروف، ومن ثم تؤدي إلى نشوء عمليات أخرى تقوم بوظيفة ذات أسلوب تنظيمي ليعيد تكوين الحالة الأولى. ويعد «منظم الحرارة» Thermostate (الموجود في كثير من الأجهزة المنزلية) جهازاً آلياً يحقق الاتزان الداخلي. ويستخدم مصطلح «الاتزان الحيوي» في علم النفس الفيزيولوجي ليستوعب عدداً من الآليات البيولوجية المعقدة التي تقوم بعملها عن طريق الجهاز العصبي اللاإرادي ANS لتنظيم عوامل مثل درجة حرارة الجسم، وسوائل الجسم وخواصها العضوية والكيميائية، وضغط الدم، وتوازن الماء، وعملية الأيض (الهدم والبناء)... إلخ. مثال ذلك أن انخفاض درجة حرارة الجسم ينبه سلسلة من العمليات مثل الرعشة وانتصاب الشعر وزيادة في الأيض ينتج عنها حرارة وحفاظ عليها حتى تتحقق الحرارة العادية (Reber, 1995, p. 339).

تهدد قدرات الأفراد والمجتمع على التغلب عليها. وقد تكون الكارثة بتأثير من الطبيعة أو من صنع البشر (Ursano *et al.*, 1994).

تعريف الصدمة:

الصدمة من «صَدَمَ»، والصَّدْمُ: ضَرْبُ الشَّيءِ الصُّلْبِ بِشيءٍ مِثْلِهِ. وصَدَمَهُ صَدْماً: ضَرَبَهُ بِجَسَدِهِ. وصادَمَهُ فَتَصادَما واصْطَدَما، وصَدَمَهُ يَصْدِمُهُ صَدْماً؛ وصَدَمَهُمْ أَمْرٌ: أَصابَهُمْ. والتَّصادُمُ: التَّزاحُمُ. وَالرَّجُلانِ يَعْدُوانِ فَيَتَصادَمانِ، أَيْ يَصْدِمُ هٰذا ذاكَ وذاكَ هٰذا، وَالْجَيْشانِ يَتَصادَمانِ. قالَ الأَزْهَرِيُّ: واصطِدامُ السَّفِينَتَيْنِ إِذا ضَرَبَتْ كُلُّ واحِدَةٍ صاحِبَتَها إِذا مَرَّتا فَوْقَ الْماءِ بِحَمُولَتِهِما؛ وَالسَّفِينَتانِ فِي الْبَحْرِ تَتَصادَمانِ وتَصْطَدِمانِ إِذا ضَرَبَ بَعْضُهُما بَعْضاً، وَالْفارِسانِ يَتَصادَمانِ أَيْضاً. وفي الْحَديثِ(*): الصَّبْرُ عِنْدَ الصَّدْمَةِ الأُولى؛ أَيْ عِنْدَ فَوْرَةِ الْمُصِيبَةِ وحَمْوَتِها قالَ شَمِرٌ: يَقُولُ مَنْ صَبَرَ تِلْكَ السَّاعَةَ وَتَلَقَّاها بالرِّضا فَلَهُ الأَجْرُ؛ قالَ الْجَوْهَرِيُّ: مَعْناهُ أَنَّ كُلَّ ذِي مَرْزِئَةٍ قُصاراهُ الصَّبْرُ ولٰكِنَّهُ إِنَّما يُحْمَدُ عِنْدَ حِدَّتِها (ابن منظور، ١٩٨٤، ص٢٤٢٠).

وجاء في معجم أحدث هو المعجم الوسيط: صَدَمَ الشَّيءُ الشَّيءَ. وصَدَمَ صَدْماً: صَكَّهُ ودَفَعَهُ. ويُقالُ: صَدَمَ الرَّجُلُ غَيرَه، وصدمتُ الشَّرَّ بالشَّرِّ. وصَدَمَتْ النازلةُ فُلاناً: فَجَأَتْهُ. وصَدَمَهُ بالقولِ: أَسْكَتَهُ.

و(الصَّدمةُ): الدَّفعة. يقال: صرعه بصدمة. والصدمة النازلة تفجأ الإنسان فتزعجه (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥، ص ٥٣٠).

وأتت كلمة الصدمة Trauma وجمعها صدمات Traumata في اللغات الأوروبية من الكلمة اليونانية «جرح أو يجرح». وهي مصطلح عام يشير إما إلى إصابة جسمية سببتها قوة خارجية مباشرة، أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف (Reber, 1995, p.814). كما تشير الصدمة إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير

(*) حدثنا محمد بن بشار حدثنا غندر حدثنا شعبة عن ثابت قال: سمعت أنساً رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال «الصبر عند الصدمة الأولى».

عادي لمواجهتها والتغلب عليها (Meichenbaum, 1994, p.32). وتعرَّف الصدمة أيضاً بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب (Mitchell & Everly, 1995, p.6).

تعريف الحادث الصدمي:

الأحداث الصدمية Traumatic events - أحداث خطيرة ومغرقة ومربكة ومفاجئة، وتتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب. والأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة، وغير متوقعة، وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة. ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلزال أو الإعصار (Ursano *et al.*, 1994). وتحدث الاستجابة للضغوط عندما يتعرض الفرد إلى حادث صدمي مضايق أو مؤلم. وقد تكون الاستجابة للضغوط الصدمية فورية أو مؤجلة (Mitchell & Everly, 1995, p.7).

علم الصدمة:

يعرَّف علم الصدمة Traumatology بأنه الدراسة العلمية (وكذلك التطبيقية) للآثار النفسية والاجتماعية المباشرة وطويلة الأمد للأحداث الضاغطة بشدة، والعوامل التي تؤثر على هذه الآثار أو العواقب. وقد ظهر هذا التخصص خلال العقد الأخير فقط، وذلك بتأثير من مجالات عدة بحثية وعلاجية، مثل المحرقة Holocaust التي تعرض لها اليهود في ألمانيا، والعنف داخل الأسرة، وغشيان (جماع) المحارم أو مضاجعة الأقارب المحرمين على الشخص، والاغتصاب وسوء الممارسة من الناحية الجنسية، وبحوث ضحايا الجرائم، وصدمة الحرب (Figley, 1993).

وهناك مصطلح قريب هو علم الضحية Victimology ويُعرَّف - تبعاً «المعهد هلسنكي لمنع الجريمة والسيطرة عليها» - بأنه: دراسة ضحايا جرائم العنف.

يتضح من التعريفات السابقة لمصطلحات: الكارثة والصدمة والحادث الصدمي التداخل الكبير بينها، ولذا يستخدمها كثير من المؤلفين بشكل تبادلي. وبرهان ذلك أنها تستخدم جميعا بوصفها ضواغط Stressors تعمل عمل مسببات الضغوط.

٥ - تصنيف الضواغط

هناك أنواع مختلفة وكثيرة من الأحداث يمكن أن تعد ضواغط، ولكن ما يعد ضاغطاً لأحد الأفراد قد لا يكون ضاغطاً لكل الناس.

وقد قسم «لازاروس، وكوهين» الضواغط إلى ثلاث مجموعات كما يلي:

أولاً: الحوادث الجائحة Cataclysmic

وهي حوادث مفاجئة وعنيفة، ويمكن أن تؤثر على أعداد كبيرة من البشر، ومن أنواع هذه المجموعة: الحرب، والكوارث الطبيعية بما فيها الزلازل والعواصف، والكوارث التكنولوجية كانفجار مفاعل «تشيرنوبل».

والعنصر الضاغط في الكارثة الطبيعية - في العادة - مختصر وقصير، ويحدث الشفاء منه بسرعة. أما عواقب الحوادث التكنولوجية فهي غالبا متلبثة تمكث زمناً عندما تتضمن مواد خطرة مثل بعض الأدوية ذات الآثار المؤجلة، وعواقب التعرض لمواد كيميائية سامة أو إشعاع ضار، فقد لا تظهر آثارها عبر سنين. وتبعاً للدليل التشخيصي الثالث فإن الحوادث الجائحة هي التي ترتبط أكثر من غيرها باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ثانياً: الضواغط الشخصية Personal Stressors

وهي أحداث قوية وشديدة تتطلب مواجهة تكيفية فَعّالة. والفرق الرئيس بين الضواغط الشخصية والأحداث الجائحة هو أن الضواغط الشخصية تؤثر في عدد قليل من الناس، ومن أمثلتها المرض العضوي، أما الجائحة فتؤثر على عدد كبير من الناس.

ثالثاً: الضواغط العامة Background stressors

ويمثل هذا النوع من الضواغط الاحتكاكات أو المشاحنات أو المضايقات

Hassles اليومية، وهي حوادث ذات شدة منخفضة، لكنها تستمر أو تتكرر في الحياة اليومية، وذلك مثل الانتقال إلى مكان العمل والعودة منه كل يوم، والزحام. ولا تفرض مثل هذه الحوادث تهديداً مباشراً في الحال، لكن يبدو أن آثارها تصبح سلبية وتراكمية (Mitchell & Everly, 1995, p.7).

٦ - الأبعاد العامة للصدمة

حددت «بوني جرين» (Green, 1993) الأبعاد العامة للخبرات الضاغطة، والتي يمكن أن تستخدم لتحديد طائفة كبيرة من الخبرات الصدمية وتعرفها، مع استعراض التراث الذي يؤكد الارتباط بين هذه الأبعادالمحددة واضطراب الضغوط التالية للصدمة أو غير ذلك من أعراض الاستجابة للضغوط، بحيث تعد هذه الأبعاد معجِّلة بإصابة الفرد بهذا الاضطراب. وتركز هذه الأبعاد المقترحة (انظر جدول ١) على المستوى الفردي، بمعنى أن هذه الأبعاد تهتم بما حدث لشخص معين أكثر من تركيزها على المستوى الجمعي أو المجتمعي.

جدول (١): الأبعاد العامة للحوادث الصدمية

البعد	الصدمة التي جربها الفرد وخبرها
١	تهديد الحياة أو فقد أطراف الجسم.
٢	الإصابة أو الضرر البدني الشديد.
٣	تلقي إصابة أو أذى مقصود ومدبر كالاغتصاب والعنف والتعذيب.
٤	التعرض لأمر بشع كاحتمال الموت مشوهاً أو محترقاً.
٥	فقد عنيف وفجائي لشخص حبيب نتيجة صدمة أو كارثة كالقتل أو الحرب.
٦	مشاهدة فعل عنيف لشخص حبيب أو معرفة ذلك كما في الاختطاف أو إساءة الممارسة.
٧	العلم بالتعرض لأمر بغيض أو مؤذٍ كالتعرض لمادة كيميائية مميتة أو الإصابة بعدوى الإيدز.
٨	التسبب في موت شخص آخر أو التسبب في ضرر بليغ بالنسبة له، كما في حال جنود الجيش والشرطة، وتزداد الصدمة عندما يَثْبُتُ أن المقتول بريء.

عن: (Green, 1993).

٧ - أنواع الحوادث الصدمية

إن أيّ حادث يخرج عن نطاق الخبرة الإنسانية العادية ويسبب الخوف أو العجز أو الرعب العميق للناس جميعاً يعد حادثاً صدمياً، والأمثلة على ذلك كثيرة نجتزئ منها النماذج التالية:

١ - **الحرب**: وأهم الحروب التي تتاح عنها دراسات نفسية ما يلي: الحربان العالميتان الأولى والثانية، والحرب الكورية، وحرب فيتنام، وأحدثها حرب الخليج الثانية (حرب تحرير الكويت).

٢ - **التعرض للقصف بالقنابل**: وكان أخطرها القصف الذري لهيروشيما ونجازاكي في اليابان.

٣ - **الاغتصاب**: وهو المضاجعة أو الجماع ضد رغبة الضحية، وعلى الرغم من عدم دقة الإحصاءات فإن هناك دلائل كثيرة تشير إلى تزايد معدلات حدوثه.

٤ - **الكوارث الطبيعية**: كالزلازل والبراكين والأعاصير والسيول والفيضانات.

٥ - **الكوارث التكنولوجية**: كانفجار المفاعل النووي في «تشيرنوبل» في روسيا.

٦ - **حوادث وسائل المواصلات التي تنجم عنها إصابات عضوية خطيرة**: كحوادث السيارات وتحطم الطائرات وتصادم القطارات وحوادث البحر.

٧ - **الحوادث الإجرامية**: كالتهجم العنيف والضرب المبرِّح المؤذي، والانقضاض والاعتداء العنيف (كتلك التي يشيع حدوثها في شوارع المدن في بعض دول العالم الأول وبخاصة في الليل).

٨ - **غشيان المحارم**: أو مضاجعة ذوي القربى Incest.

٩ - **حوادث داخل الأسرة**: سوء الممارسة مع الأطفال Child abuse، ومضايقة الأطفال أو التحرش بهم Child molestation، والعنف الأُسري، وضرب الزوجة.

١٠ - **حوادث ذات طابع سياسي أو إرهابي**: معسكرات الاعتقال (كالمعسكرات النازية)، ومعسكرات الموت، والأسر، والإرهاب، والخطف، والاحتجاز رهينة.

١١ - **الإصابة العضوية البليغة**: كالتشويه أو بتر عضو من أعضاء الجسم أو إفساد عمله، وكذلك التعذيب.

١٢ - **أحداث عصيبة ذات سياق اجتماعي محدد**: ومنها التهديد الخطير لأمن شخص محبوب أو سلامته، رؤية شخص آخر يُشَوَّهُ، أو يُمَثَّلُ بجسده، أو يُبْتَرُ عضو من أعضاء جسمه أو يُقْتَل.

١٣ - **الحرائق الكبرى**: كحريق لندن الشهير عام ١٦٦٦.

٨ - مقارنة بين الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر

يمكن أن نقيم تفرقة تحكمية بين نوعين أساسيين من الكوارث من ناحية السبب فيهما، وهما الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وما شابهها، والثانية كوارث من صنع البشر كالحروب والاغتصاب والاختطاف والأسر وغيرها. ويقدم جدول (٢) موجزاً لأهم خصائص النوعين من الكوارث.

جدول (٢): موجز لأهم خصائص الكوارث الطبيعية والكوارث من صنع البشر

الخصائص	الكوارث الطبيعية	الكوارث من صنع البشر
الفجائية	مفاجئة غالباً، مع بعض علامات التحذير	قد تحدث فجأة أو بشكل مستمر
قوة التأثير الضرر المشاهد إمكان التنبؤ النقطة الدنيا	قوى عادة يسبب الضرر والفقد عادة قابلة للتنبؤ إلى حد ما النقطة الدنيا واضحة	قوى عادة قد لا يسبب الضرر أو الفقد انخفاض القابلية للتنبؤ النقطة الدنيا غير واضحة
إدراك السيطرة على الأمور	لا يمكن التحكم فيها، نقص التحكم	لا يمكن التحكم فيها عادة، ولكن التحكم ممكن أحياناً
مدى الآثار	الآثار مقصورة على الضحايا عادة	فقد الثقة لدى الضحايا والجمهور، وفقد مصداقية الجوانب الإنسانية
استمرار الآثار	حتى عام واحد، حادة غالباً	قد تكون مزمنة وتستمر زمناً طويلاً

عن: (Baum, 1987).

ويتوافر عدد من الدلائل القوية من البحوث السابقة على أن الكوارث التي يصنعها البشر وينتج عنها ضحايا (كالاغتصاب والجرائم الأخرى وسوء معاملة الأطفال من الناحية الجنسية والحرب...) لها آثار أسوأ بالمقارنة إلى الكوارث الطبيعية (كالزلازل والأعاصير والفيضانات... إلخ) (Meichenbaum, 1994, p.21).

وقد دلت البحوث على أن ضحايا مختلف الصدمات كالكوارث الطبيعية والاغتصاب والحرب لديهم النمط نفسه من الاضطراب النفسي، كما يشيع لديهم الحدوث المشترك لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وتشخيصات أخرى مثل: اضطراب القلق العام، والاكتئاب، وسوء استخدام المواد ذات التأثيرات النفسية (Meichenbaum, 1994, p.21).

٩ - الضغوط واضطراب الضغوط

هناك أسباب للاعتقاد بأن التعرض لضغوط ذات مدى واسع يمكن أن يؤدي إلى أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وهناك كثير من التشابهات بين مقاييس الضغوط العامة ومقاييس اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويبدو أن الضغوط المزمنة - في ظل الظروف العادية - ترتبط بالمستويات المعتدلة من القلق والوجدان المكتئب، وتتوافر بعض الأدلة على أن مشكلات النوم يمكن أن تحدث أيضا خلال فترات الضغوط.

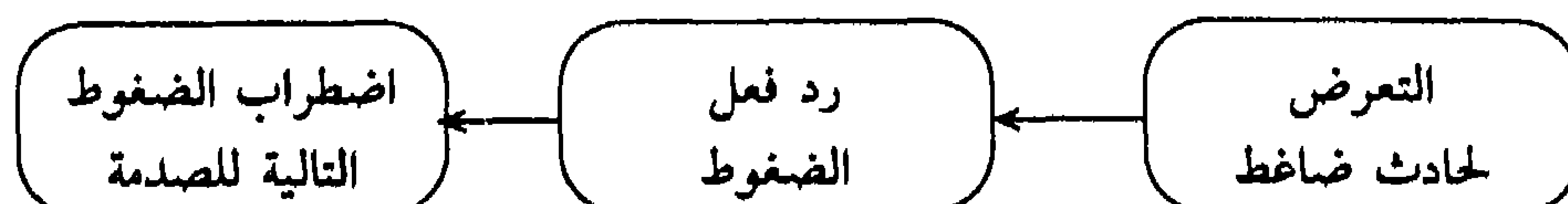
وتميز التغيرات المرتبطة بتنبه الجهاز العصبي السمبثاوي أيضا الضغط المزمن، كما تميزه تغيرات في درجة الانتباه للعالم الخارجي وكذلك - في بعض الحالات - الانسحاب وتناقص الاستجابة الاجتماعية. وتعد كل هذه المشكلات مميزة لاضطراب الضغوط ولكن في صورة أكثر شدة. وتشير نتائج المؤلفين إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يمكن أن يكون مظهراً شديداً للاستجابة للضغوط المزمنة (Davidson *et al.*, 1986).

ويبين شكل (٣) علاقة الضاغط أو الصدمة بالاضطراب (Mitchell & Everly, 1995, p.8).

الضاغط ← الاستجابة للضغط } اضطراب الضغوط
الصدمة ← الضغوط الصدمية } التالية للصدمة

شكل (٣): علاقة الضاغط أو الصدمة باضطراب الضغوط

ويتضح من ملاحظة شكل (٣) أن الضاغط يؤدي إلى الاستجابة للضغط، وأن الصدمة ينجم عنها ضغوط صدمية. وإذا توافرت في الصدمة (وهي أيضا العنصر الضاغط هنا) خصائص معينة، وتحقق لدى الفرد الذي تعرض للصدمة سمات وخصال محددة، نجم عن ذلك اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويبين شكل (٤) السياق الذي يحدث عبره هذا الاضطراب.



شكل (٤): سياق: «الحادث الضاغط - الضغوط - الاضطراب»

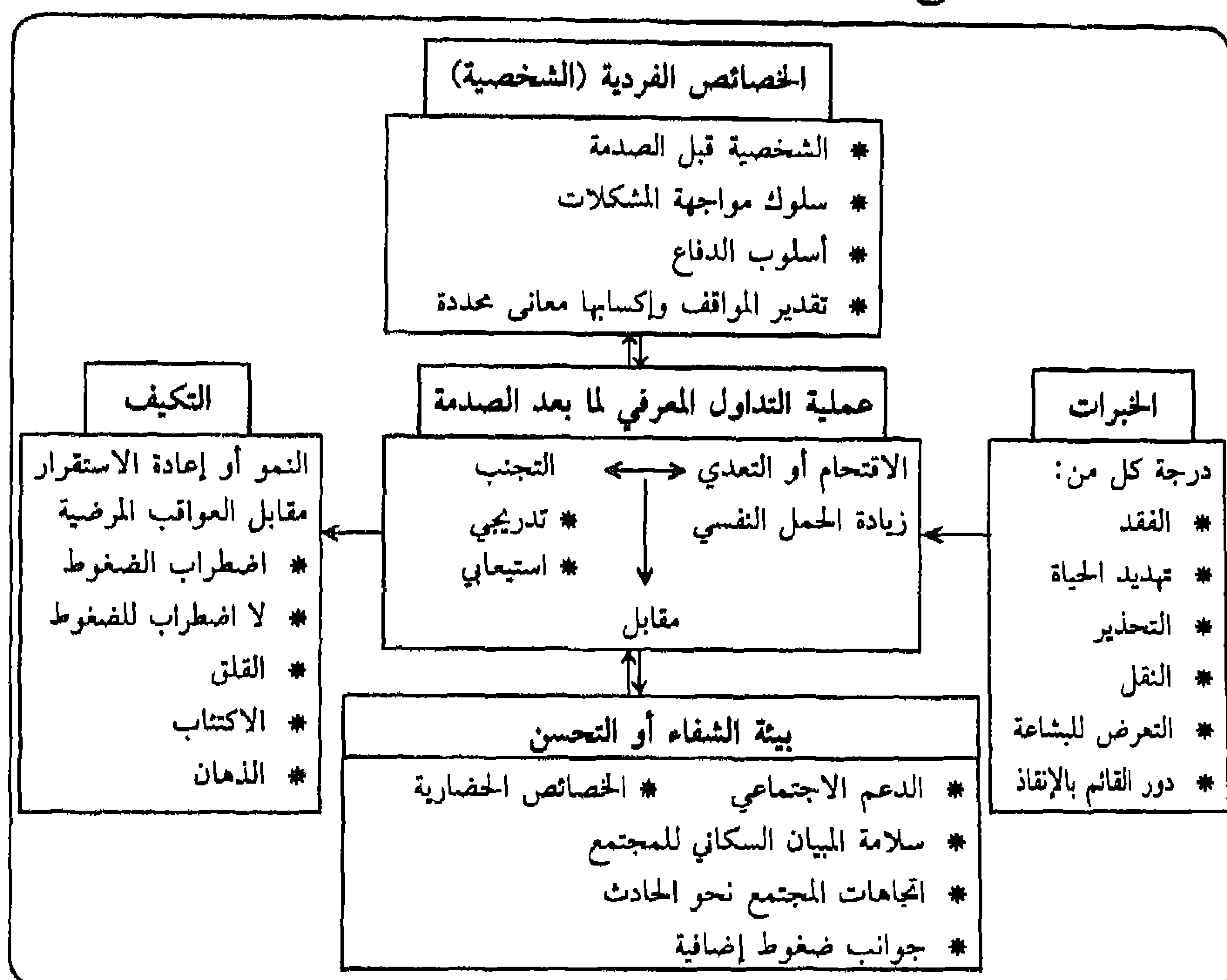
ومع ذلك تجدر الإشارة إلى أنه ليست كل الصدمات مسببة للإصابة باضطراب الضغوط وغيره من الأمراض، ذلك أن الصدمة سبب مهم للإصابة بالاضطراب ولكنها ليست سبباً كافياً، إذ تتفاعل الصدمة مع مختلف جوانب الشخصية والموقف وعوامل التنشئة وظروف الحياة... إلخ. وتشير بعض الدراسات إلى أن نسبة الربع ممن يواجهون الحادث الصدمي هم فقط الذين يطورون اضطراب الضغوط (انظر: Hollander, Simeon & Gorman, 1994, p. 546). وسنزيد الأمر إيضاحا في الفصل الثالث.

وبكلمات أخرى فإن اضطراب الضغوط التالية للصدمة ينتج عن التعرض لحادث ضاغط، ويكون نتيجة هذه الصدمة أو آثار الكارثة Aftermath رد فعل مباشر هو: الضغوط. ولا شك في أن كثيراً من المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية لها دور في ذلك غير قليل، ويمكن أن تكون متضمنة بحيث تؤثر في هذه الرابطة السببية الأساسية التي ينتج عنها حالات اضطراب حادة بدرجات متفاوتة. ولهذه المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الوسيطة Intervening

أي التي تتوسط بين كُلٍّ من الحادث الضاغط والضغوط أهمية قصوى، إذ يمكن أن ترجح حدوث الاضطراب أو عدم حدوثه، فقد يتعرض شخصان لحادث صدمي واحد بالجرعة ذاتها حيث كانا في الموقف نفسه (كالحرب مثلا)، وقد ينهار أولهما على حين لا يضطرب الآخر، ويكون سبب هذا الفرق غالباً هو تدخل هذه المتغيرات وتفاعلها مع الحادث الصدمي.

١٠ - كيفية عمل الحادث الضاغط

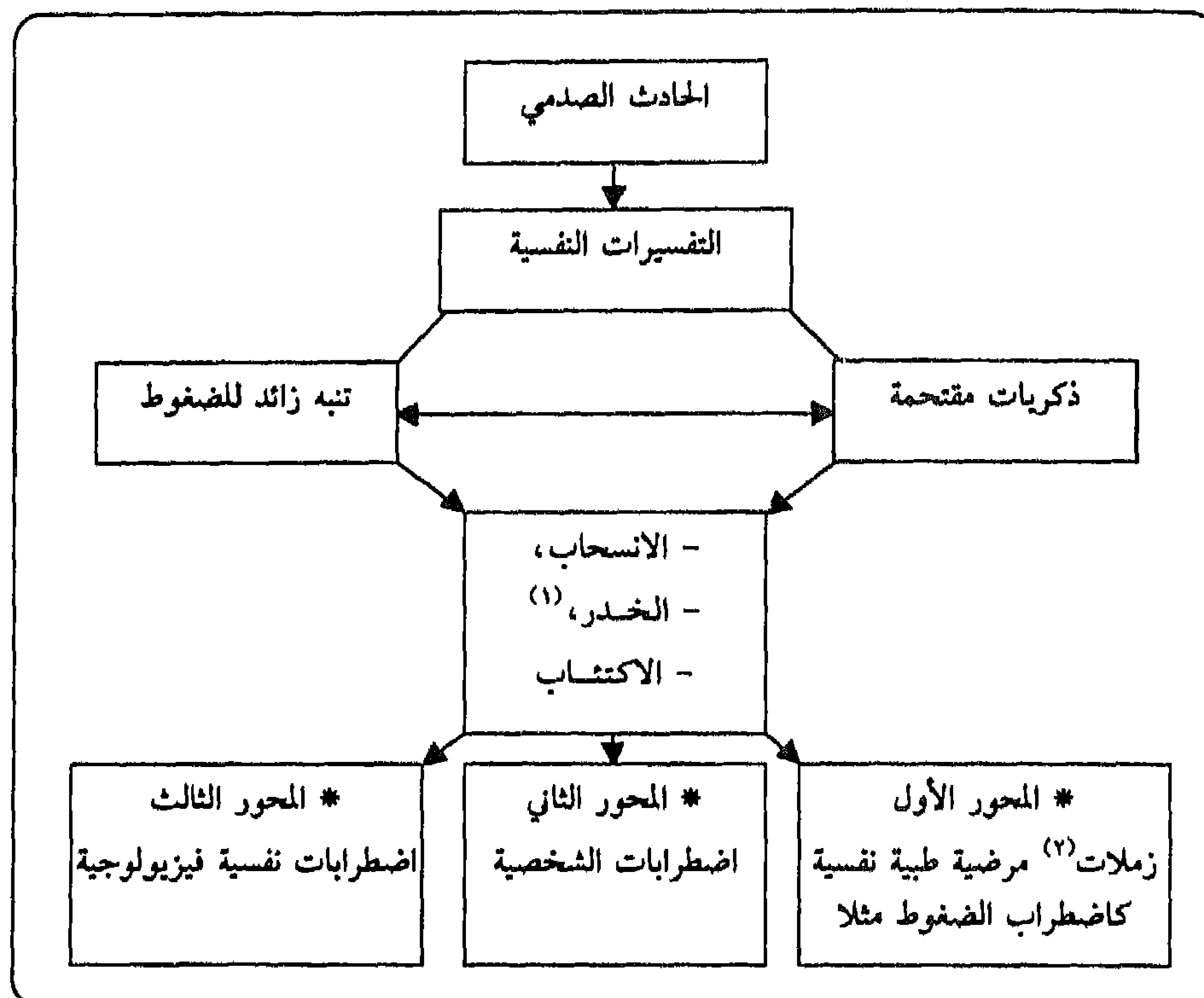
تتاح نماذج كثيرة تبين كيف يعمل الحادث الضاغط. ويعد النموذج الذي قدمته «جرين» وزملاؤها مقبولاً من عدد من المصادر، ويبين شكل (٥) التفاعل بين الحادث الضاغط والخصائص الفردية أو جوانب الشخصية والعملية المعرفية التالية للصدمة، وتأثير الخبرات في هذه العملية المعرفية، وما ينجم عن ذلك من تكيف أو مرض، مع بيان البيئة المواتية لحدوث الشفاء من هذه الصدمة.



شكل (٥): نموذج عمل الحادث الضاغط

عن: (Green, Wilson & Lindy, 1985).

يتحدى الحادث الصدمي إذن الطاقات التكيفية لدى الإنسان، فيسعى جاهداً إلى استعادة توازنه، وقد ينجح في ذلك وقد يُخفق، فإن كانت الأخيرة أصيب الفرد باضطرابات محددة ذات احتمالات ثلاثة من بينها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويبينها شكل (٦).



شكل (٦): نموذج اضطراب الضغوط التالية للصدمة

عن: (Mitchell & Everly, 1995, p.36).

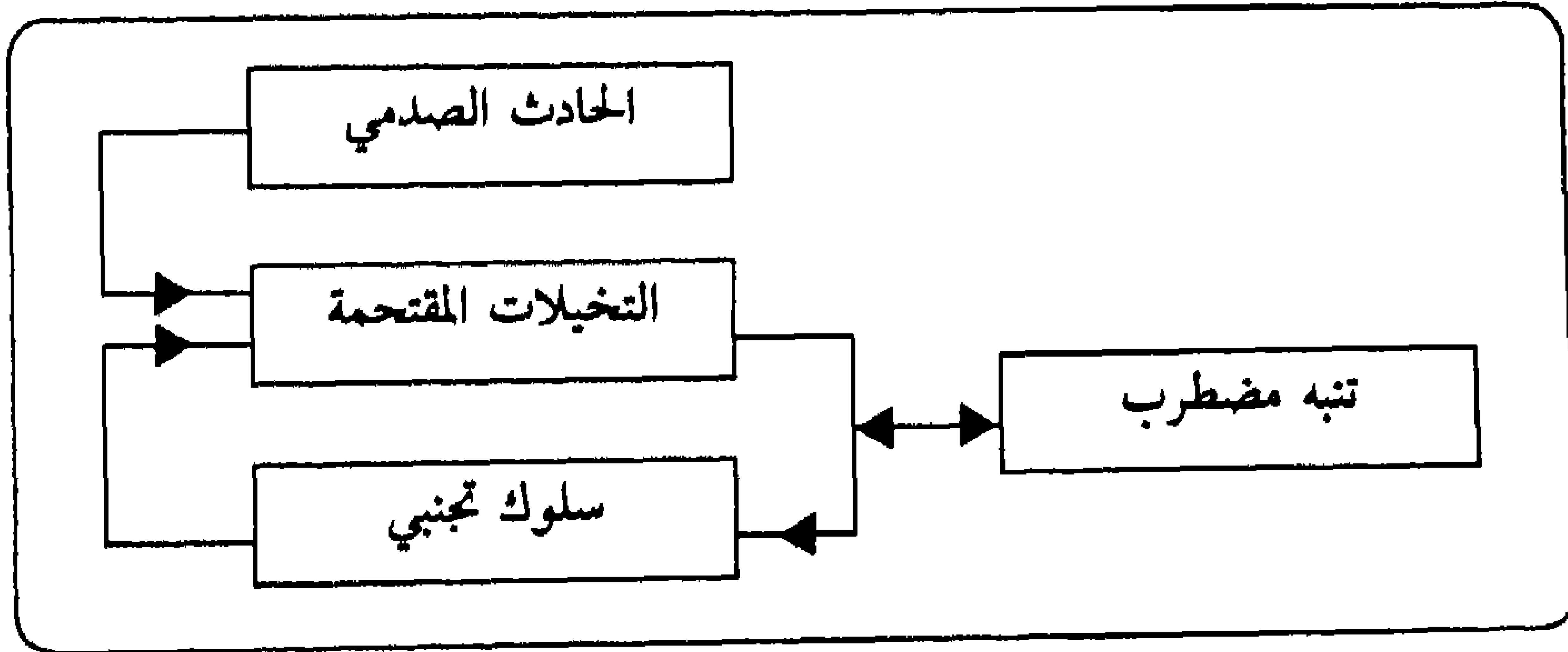
ويتضح من ملاحظة شكل (٦) أن الحادث الصدمي يؤثر أول ما يؤثر في التنظيم المعرفي لدى الفرد، فيؤدي بالفرد إلى وضع تفسيرات نفسية محددة لهذا الحادث، ويتفق التفسير السلبي لهذا الحادث مع ظهور أعراض عامة على الفرد منها الذكريات التي تقتحم عقل المريض والتنبه الزائد للضغوط، وينجم عن

(١) الخدر numbing: كأن في الجسم خدرا.

(٢) زملة Syndrome: مجموعة أعراض وجمعها زملات.

كليهما أعراض ثلاثة أكثر تحديدا وهي: الانسحاب والخَدَر والاكتئاب، ثم يلي ذلك احتمالات مرضية ثلاثة: زملات طبية نفسية، أو اضطرابات الشخصية، أو اضطرابات نفسية فيزيولوجية. وعندما يستقر اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الفرد، يصاب بأعراض محددة، أهمها التخيلات المقتحمة والسلوك التجنبي والتنبه المضطرب.

وقد قدم «ماكفارلين» McFarlane نموذجاً لوصف التفاعل بين مختلف مكونات اضطراب الضغوط. ويبين شكل (٧) هذه العلاقات التي يفترضها: يؤدي الحادث الصدمي إلى تخيلات مقتحمة (المحك ب في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع)، والذي يقود بدوره إلى مواقف تجنب (المحك جـ)، ويمكن أن يعمل بوصفه هادياً Cue للتخيلات المقتحمة (التي تقتحم الذهن) Intrusive imagery. ومن ثم فإن المرأة التي اغتُصبت يمكن أن تزعجها الأحداث السابقة Flashback والخاصة بالهجوم، وفي محاولتها للتقليل من هذه الأحداث السابقة فقد تتجنب العلاقة الوثيقة بالرجال. ويخدم السلوك التجنبي في الحقيقة هدفاً هو التقليل من التخيلات المقتحِمة. ولكن هذه المرأة إذا كانت على علاقة قريبة برجل، فإن التخيلات المقتحِمة يحتمل عندئذ أن ترتفع، وهناك تفاعل متبادل بين التخيلات المقتحِمة والسلوك التجنبي. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تنبه مضطرب (المحك د)، ومن الممكن أن ينجم عن التنبه المضطرب بدوره مزيد من التخيلات المقتحِمة (Scott & Stradling, 1992, pp. 5-6).



شكل (٧): نموذج «ماكفارلين» لتفاعل مكونات اضطراب الضغوط التالية للصدمة
عن: (Scott & Stradling, 1992, p.6)

* * *

الفصل الثاني

نبذة تاريخية عن الضغوط والخبرات الصدمية

تمهيد

١ - مدخل تاريخي لبحوث الضغوط.

٢ - ملاحظات مبكرة عن الضغوط الصدمية.

٣ - ارتجاج العمود الفقري نتيجة حوادث السكك الحديدية، وعصاب التعويض.

٤ - ضغوط الحرب الأهلية الأمريكية.

٥ - الحرب العالمية الأولى وصدمة القذائف.

٦ - ضغوط الحرب العالمية الثانية.

٧ - التفسيرات النفسية للصدمة.

٨ - عصاب الصدمة بعد الخمسينيات.

٩ - تعدد الضغوط التي تقع على الإنسان.

١٠ - تسميات متعددة لاضطراب الضغوط عبر التاريخ.

١١ - الدراسات على زملات شبيهة باضطراب الضغوط.

١٢ - اضطراب الضغوط والدليل التشخيصي الأمريكي.

١٣ - الموقف الراهن.

الفصل الثاني

نبذة تاريخية عن الضغوط والخبرات الصدمية

تمهيد

لم ينقطع حدوث الخبرات الصدمية Traumatic experiences عبر القرون، وذلك ما دامت الكوارث الطبيعية كالزلازل والأعاصير والبراكين تحدث، وكذلك الكوارث التي يصنعها البشر كالحروب والجرائم والعنف. ولا شك أن الناس قد لاحظوا منذ قرون الآثار النفسية الصدمية التي تنجم عن مثل هذه الأحداث غير العادية، ولا ريب في أنهم لاحظوا أيضاً ما ينتج عن مثل هذه الحوادث التي تقطع الإيقاع السويّ للحياة العادية من أعراض نفسية شتى. ونورد فيما يلي شذرات من تاريخ الضغوط والخبرات الصدمية أو هذه الفئة المرضية قبل أن تُعطى هذا الاسم المحدد.

ويقدم هذا الفصل نبذة تاريخية عن بحوث الضغوط ثم عن تاريخ الخبرات الصدمية ودراساتها وتسمياتها، ابتداء من الملاحظات المبكرة، ثم ارتجاج العمود الفقري نتيجة حوادث السكك الحديدية وعصاب التعويض، وضغوط الحرب الأهلية الأمريكية، وصدمة القذائف في الحرب العالمية الأولى، وضغوط الحرب العالمية الثانية ومصطلح عُصاب الحرب والعصاب الصدمي، وتأثير الكوارث الطبيعية والصدمات التي هي من صنع البشر كالحروب والاغتصاب والجرائم في بلورة البحوث حول الحوادث الصدمية، والتسميات المتعددة للاضطراب الناجم عن هذه الحوادث عبر التاريخ، والدراسات السابقة على زملات(*) شبيهة باضطراب الضغوط. وأخيرا توجت البحوث بإفراد تشخيص طبي نفسي مستقل هو «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» في أشهر دليل تشخيصي في المجال منذ عام ١٩٨٠ وحتى الآن، ويعد ذلك تقدماً فنياً كبيراً في المجال. ونبدأ بتقديم نبذة تاريخية عن بحوث الضغوط.

(*) الزملة Syndrome: مجموعة من الأعراض المترابطة التي تحدث معا، وجمعها زُملات.

١ - مدخل تاريخي لبحوث الضغوط

في عام ١٦٧٦ وَصَفَ قانون «هوكس» Hooks ظاهرة في العلم الطبيعي تشير إلى أن وجود «حمل» Load أو «ضغط» Stress فيزيائي يسبب «إجهاداً» Strain فيزيائياً لمادة معينة. وفي عام ١٩٢٦ حدد عالم الغدد الصماء Endocrinology النمساوي (أصبح كنديا فيما بعد) «هانزسيلي» H.Selye ما اعتقد أنه نمط متسق لاستجابات العقل والجسم حيث سماها: «استجابة للجسم غير محددة لأي مطلب». وأشار «سيلي» إلى هذا النمط فيما بعد على أنه «معدل البلى والتمزق(*) wear and tear في الجسم». وقد دُعي «سيلي» - في وقت مبكر من حياته - إلى مناقشة هذه المفاهيم في كلية فرنسا. وللبحث عن مصطلح يلخص هذا المفهوم السابق ذكره أفضل تلخيص، اتجه «سيلي» إلى العلوم الفيزيائية، واستعار مصطلح «الضغط» Stress. ولذا فإن مصطلح الضغط - من وجهة نظر «سيلي» - يستخدم للإشارة إلى الاستجابة غير المحددة التي يقوم بها الجسم لأي مطلب demand يُفرض عليه. وحيث ابتُكر مصطلح جديد لاستجابة الجسم لمطلب ما فكان من الضروري عندئذ أن يوضع مصطلح جديد ليصف هذا المطلب أو المنبه ذاته، ولذا فقد ابتكر مصطلح «الضاغط» Stressor (Mitchell & Everly, 1995) كما قدمنا في الفصل الأول.

وكتب «سيلي» أنه نتيجة لعدم ألفته للغة الإنجليزية، فقد أساء استخدام مصطلح «الضغط» Stress بوصفه الاستجابة الفيزيولوجية التي تصدر عن الجسم للمنبهات المضايقة أو المزعجة Noxious، وصك مصطلح «الضاغط Stressor للإشارة إلى الجوانب agents الخارجية ذاتها. وقد انعكس ذلك على بحوث الضغوط، فقد كتب «جيروم كاجان» Kagan قائلاً: إن «الشيوع الحالي لمفهوم الضواغط يعكس نقلة عميقة في مزاج المجتمع فيما يختص بأسباب التعاسة الإنسانية». ويعزو «كاجان» هذه النقلة إلى التطورات السياسية والاجتماعية وبخاصة في الستينيات من هذا القرن، حيث زاد تقدير الدور الذي تقوم به العوامل البيئية بوصفها أسبابا للمشكلات الاجتماعية، أكثر من عوامل الوراثة والطباع الداخلية لدى الأفراد (Kugelmann, 1992, p.59).

ويوافق مؤرخو الضغوط على أن هذا المجال ظهر في أواخر الثلاثينيات

(*) انظر في شرح هذا المصطلح هامش ص ٣٢.

وبداية الأربعينيات من هذا القرن. وفي الخمسينيات وَجدت البحوث في هذا المجال أرضاً مشتركة في العلوم المتصلة بالصحة والمرض. وتظهر أهمية الضغوط في تضمينها في مختلف الفهارس مثل: الملخصات السيكولوجية Psychological Abstracts عام ١٩٤٢، والملخصات البيولوجية Biological Abstracts عام ١٩٤٩، والفهرس الطبي Index Medicus عام ١٩٥٠.

وفي الفترة الواقعة بين عامي ١٩٣٥، و١٩٥٥ أصبح لمصطلح الضغوط مصادر علمية متعددة، وظهر بأشكال مختلفة في عدد من المجالات في الوقت نفسه تقريبا. ويقتبس مؤرخو الضغوط مصادر مبكرة معملية وإكلينيكية متعددة منها: دراسات «كانون» Cannon على الاتزان الداخلي Homeostasis، وأعمال «هانز سيلي» في زملة التكيف العام General Adaptation Syndrome (GAS)، وتجارب «هارولد وولف» Wolff في الجوانب النفسية الجسمية Psychosomatics وتنسيق «دنبار» Dunbar للمجال النفسي الجسمي، والدراسات الإكلينيكية لعصاب الحرب بوساطة الأطباء النفسيين العسكريين. ويمكن أن يضاف إلى هذه القائمة الفحوص الوبائية لكل من «هولمز، وراهي»، وتطور سيكولوجية المواجهة Coping (Kugelmann, 1992, p.54).

وبمجيء عام ١٩٥٥ عُدَّ «الضغط» عاملاً سببياً لكل الأمراض، وكان يُنظر إلى الصحة والمرض على أنهما أساليب مختلفة للتكيف (Kugelmann, 1992, p.67).

وأحد المقاييس البارزة في بحوث الضغوط مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي Social Readjustment Rating Scale من وضع كل من «هولمز، وراهي» Holmes & Rahe عام ١٩٦٧، وعلى الرغم من الجدل النظري حول قيمة هذا المقياس، فقد استخدم في كثير من البحوث، واقتُبس في عدد لا حصر له من مراجع علم النفس، وظهر في المجلات التي توزعها خطوط الطيران مجاناً. ويتضمن المقياس قائمة من ضواغط الحياة في ترتيب تنازلي من ناحية خطورتها، لتمكن القارئ من استعراض حياته من ناحية الضغوط الواقعة عليها ومدى خطورتها النسبية. وتبدأ بوفاة القرين (١٠٠ نقطة)، وفقد العمل... وغيرها، (انظر جدول ٣)، وإذا جُمعت الدرجات ووصلت إلى ٣٠٠ أو أكثر تزداد احتمالات مرض الإنسان نتيجة ضواغط الحياة (Kugelmann, 1992, p.33 f).

جدول (٣): نماذج من مقياس «هولمز، وراهي» للضغوط الناتجة عن أحداث الحياة

أحداث الحياة	وحدات الضغوط
١ - وفاة القرين (الزوج أو الزوجة)	١٠٠
٢ - الطلاق	٧٣
٣ - الانفصال	٦٥
٤ - السجن	٦٣
٥ - وفاة عضو مهم في الأسرة	٦٣
٦ - الزواج	٥٠
٧ - إطلاق الرصاص عليه	٤٧
٨ - عدم التوافق في الزواج	٤٥
٩ - التقاعد	٤٥
١٠ - الحمل	٤٠
١١ - المشاكل الجنسية	٣٩
١٢ - عضو جديد في الأسرة	٣٩
١٣ - تغير الموارد المالية	٣٨
١٤ - وفاة صديق حميم	٣٧
١٥ - الانتقال إلى نوع جديد من العمل	٣٦
١٦ - التغير في مسؤوليات العمل	٢٩
١٧ - المشاكل مع أقارب الزوج	٢٩
١٨ - إنجاز رائع	٢٨
١٩ - بدء عمل الزوجة أو توقفها عن العمل	٢٦
٢٠ - بدء المدرسة أو الانتهاء منها	٢٦
٢١ - المشاكل مع الرئيس	٢٣
٢٢ - تغير ظروف العمل	٢٠
٢٣ - الانتقال إلى مسكن جديد	٢٠
٢٤ - تغير المدارس	٢٠
٢٥ - تغير الأنشطة الاجتماعية	١٨
٢٦ - العطلات	١٣
٢٧ - إجازات رأس السنة	١٢
٢٨ - خرق القانون بدرجة بسيطة	١١

٢ - ملاحظات مبكرة عن الضغوط الصدمية

بدأ تاريخ مجال الضغوط الصدمية Traumatic stress أو ما يسمى الآن بعلم الصدمة Traumatology بتقارير الطبيب في مصر القديمة لردود الأفعال الهستيرية. وهذه التقارير التي نشرت عام ١٩٠٠ ق.م. في «بردية كونايوس» Kunyus Papyrus أصبحت واحدة من أوائل المراجع الطبية (Figley, 1993).

وتتاح نماذج تاريخية كثيرة للأرجاع الإنسانية للأحداث الصدمية العنيفة التي ينتج عنها - بمصطلحات حديثة - أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عبر التاريخ، ومنها كتابات كل من: «هومير» في «الأوديسة»، و«شكسبير» في «الملك هنري الرابع»، والوصف الواقعي الذي قدمه «تشارلز ديكنز» للناجين من حادث خطير لقطار (Figley, 1993).

وكتب «صامويل بيبيس» Pepys في مذكراته عام ١٦٦٦ بعد ستة أشهر من مشاهدته حريق لندن الكبير، ما يلي: «إنه من الغريب أن أفكر كيف أنني في هذا اليوم المشهود لم أستطع أن أنام ليلة دون أن أرتعد بشدة من النار، وكيف أنني في هذه الليلة التي لا تُنسى لم أتمكن من النوم إلا في حوالي الساعة الثانية صباحاً بسبب الأفكار المتركزة حول النار». وفي عام ١٨٩٦، استخدم «إميل كربلين» Kraepelin، الطبيب النفسي الألماني الشهير وصاحب تصنيف الاضطرابات العقلية، مصطلح «عصاب الرعب» Fright neurosis، وذلك ليشير به إلى حالة إكلينيكية متفردة، تشتمل على ظواهر عصبية ونفسية متعددة، تنجم عن جَيَشان وفَوَران انفعالي شديد أو رعب مفاجئ ينشأ عنه قلق شديد يمكن ملاحظته بعد حوادث أو إصابات خطيرة وأهمها: الحرائق، وخروج قطارات السكك الحديدية عن الخط أو التصادمات (Saigh, 1992).

٣ - ارتجاج العمود الفقري نتيجة حوادث السكك الحديدية وعصاب التعويض

في عام ١٨٨٢ كتب «جون إريك إريكسين» Erichsen كتابا تؤكد فكرته الأساسية على أن ارتجاج العمود الفقري الراجع إلى صدمة عنيفة تنتج عن تصادم القطارات يمكن أن يؤدي إلى أعراض ما عرف فيما بعد باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد سمي «مرض إريكسين» نسبة إلى واضعه، وسمي كذلك عمود السكك الحديدية Railroad spine. ولكن «هربارت بيج» Page، وهو جراح إنجليزي، نقد في عام ١٨٨٥ مسألة ارتجاج العمود الفقري، وافترض أن الناجين من حوادث السكك الحديدية (الذين يشكون من أعراض كثيرة مثل اضطرابات النوم، واستجابات الإجفال Startle، والخَدَر في مختلف أجزاء الجسم دون أي تفسير عضوي) يعانون من صدمة عصبية Nervous shock، وكان من أوائل الكتاب الذين أكدوا على الأساس النفسي والاجتماعي لهذا الاضطراب (Figley, 1993).

وقبل ذلك بقليل؛ أي في عام ١٨٧٩، وضع «ريجلر» Rigler مصطلح عصاب التعويض Compensation neurosis ليشير به إلى زيادة معدل السقام Invalidism الذي أوردته التقارير بعد حوادث السكك الحديدية، وذلك بعد إدخال قوانين التعويض في بروسيا. وقد تزايد عدد الدعاوى ضد شركات السكك الحديدية حتى أصبحت هذه الزُّملة (مجموعة الأعراض) معروفة باسم: «عمود السكك الحديدية» (Peterson *et al.*, 1991).

٤ - ضغوط الحرب الأهلية الأمريكية

أصبحت الضغوط الصدمية المرتبطة بالحرب مجالا مهما للبحوث والتصورات النظرية، بدءا من الملاحظات الإكلينيكية في الحروب المبكرة (كما ظهر في كتاب «وليام هاموند» Hammond عام ١٨٨٣)، فظهرت فكرة «السُّواد» Melancholia (الاكتئاب الشديد) التي بدت على المحاربين في الحرب الأهلية الأمريكية (Figley, 1993). وقد نجم هذا الاكتئاب الشديد عما كان يسميه الجنرال

«هاموند» جراح الجيش الاتحادي: «الوُطَان» Nostalgia[*] أي الحنين إلى الوطن والتوق إليه، وينتج ذلك عن مفارقة الوطن والأهل مدة طويلة (Davison & Neale, 1990, p.158).

قلب الجندي

أُطلق «قلب الجندي» Soldier's heart على حالة أو ظرف وصفه الطبيب الباطني الأمريكي «جاكوب داكوستا» DaCosta خلال الحرب الأهلية الأمريكية بأنه «القلب المستثار» Irritable heart أو السريع التهيج، وكانت أعراضه الأساسية: الخفقان، وصعوبة التنفس، وسهولة التعب عند القيام بمجهود. وانتشر تشخيص «القلب المستثار» خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر، وكان علاجه الراحة. وكان تشخيص «قلب الجندي» في الحرب العالمية الأولى السبب الثالث لإنهاء الخدمة في الجيش البريطاني في أثناء الحرب، وقد تضمن هذا التشخيص إصابة فعلية للقلب نتيجة الإجهاد أو الضغط الزائد.

ولكن «جيمس ماكنزي» رائد المدرسة الجديدة في علم القلب بيّن أن القلب السليم لدى الصغير يمكن أن يكشف عن اللغط murmur، والاختلاف في المعدل والإيقاع (والتي كان يشخص بها قلب الجندي)، فهذه الاختلافات فيزيولوجية في أساسها ولا تشير إلى مرض ولا إلى إعاقة (Kugelmann, 1992, pp. 90-92).

ويُعزى إلى «أوبنهايم» Oppenheim الفضل في صك مصطلح العصاب الصدمي Trumatic neurosis عام ١٩١١م (Davison & Neale, 1990, p. 158).

٥ - الحرب العالمية الأولى وصدمة القذائف

بتأثير من الحرب العالمية الأولى بدأت صدمة القذائف Shell Shock تعبيراً عامياً شاع بين القوات البريطانية في أواخر عام ١٩١٤، وظهر لأول مرة في التراث الطبي في أوائل عام ١٩١٥. وقد شاهد هذه الحالات لأول مرة «فردريك

(*) ويسمى في اللغة العربية كذلك: «الأُبَابَةُ» وهو داء يصيب الغريب، وهو شدة حنينه إلى وطنه (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥، ص ١).

موت» Mott، ورأى أنها ضرر أو أذى في الأعصاب يلي التعرض لقذيفة متفجرة، تؤدي إلى اضطراب نفسي يتسم بفقد الذاكرة أو الكلام أو البصر، ويصيب بعض الجنود المحاربين. وكان يُعتقد أنها تنتج عن تغيرات في الضغط الجوي أو زيادة أول أكسيد الكربون الناتج عن القتال. ولكن هذه الصورة تبددت سريعاً، حيث أدرك المختصون أن «صدمة القذائف» مصطلح غامض يستوعب شكاوي عديدة من إصابات الرأس حتى الهستيريا، فاختفى هذا المصطلح من المعجم الطبي، ومع ذلك فقد ظل على المستوى الشعبي حتى الحرب العالمية الثانية.

وتتضمن فكرة صدمة القذائف اعتقاداً طبياً شاع في القرن التاسع عشر وهو أن الصدمة المفاجئة تسبب المرض (كما في حالات النيوروستينيا أو الخور الصدمي، وحوادث السكك الحديدية، والهستيريا). وأصبحت صدمة القذائف تعني حالة وجودية من مواجهة الانفجار، بكل ما تعنيه القذائف في الحرب الحديثة، والعيش في عالم تُسيّره الآلة... وهكذا.

وكانت الاستجابة العسكرية لصدمة القذائف تعني أن وسائل التحكم في الجيش قد انتقلت من الطرق التسلطية والقهرية إلى طرق التحكم النفسية المستترة أكثر (Kugelmann, 1992, pp.92-96).

٦ - ضغوط الحرب العالمية الثانية

في عام ١٩١٤ استخدم «كاردنر» Kardiner مصطلح «العُصاب الصدمي» Traumatic neurosis (راجع: Peterson, Prout & Schwarz, 1991)، في حين وضع كل من «جرنكر، وسبيجل» Grinker & Spiegel(*) عام ١٩٤٥ مصطلح «عصاب الحرب» War neurosis أو «العصاب الصدمي» (Figley, 1993). وعالجا

(*) «روى جرنكر، وجون سبيجل» كانا طبيبين نفسيين في القوات الجوية الأمريكية، وكان «جرنكر» متخصصا في علم الأعصاب وتحول إلى الطب النفسي، وكان «فرويد» قد حلله في الثلاثينيات من هذا القرن. أما «سبيجل» فكان تلميذ «جرنكر»، ويعد كتابهما: «رجال تحت الضغوط» Men under stress علامة بارزة في هذا المجال.

الطيارين الذين كانوا يعانون من مختلف الاضطرابات النفسية. وقد كتب «جرنكر» مؤخراً أن درساً أساسياً من دروس الحرب هو: «ردود فعل العقل والجسم تحت تأثير الضغوط المفاجئة والشديدة» (Kugelmann, 1992, p. 54f).

وبتأثير من أحداث الحرب العالمية الثانية والحرب الكورية وضعت مصطلحات عديدة للإشارة إلى الزملة Syndrome (مجموعة الأعراض) ذاتها، ومنها: «استنزاف المعركة» Combat exhaustion أو تعب القتال Combat fatigue إشارة إلى القوى الخائرة وحالة الإنهاك والإعياء والإجهاد الناتجة عن المعركة أو القتال، وكان تشخيص هذا الاضطراب أمراً جدلياً خلافياً، ولكن كانت الاستجابة له في الحرب العالمية الأولى قانونية وطبية عضوية. وعد الجيش الألماني صدمة القذائف أمراً خارجاً على القانون، وأعلن أن ضحايا هذا الاضطراب يجب أن يُعدموا، وكانت النتيجة بطبيعة الحال أنه لم تسجل أية حالة. وقد اتخذت السلطات الإنجليزية والفرنسية معايير عقابية أخرى ضد الجنود الذين يستسلمون لصدمة القذائف دون أن يكونوا معرضين للقذائف المتفجرة.

بعد ذلك عولج الاضطراب التالي للصدمة بطريقة أكثر إنسانية في الحرب العالمية الثانية والحربين: الكورية والفيتنامية، فقد تعلم خبراء الصحة النفسية أن الإرشاد الفوري هو أكثر الطرق فاعلية لمساعدة الجنود الذين يعانون من هذا الاضطراب (Wilson, O'Leary & Nathan, 1992, p. 115).

٧ - التفسيرات النفسية للصدمة

كان للتفسيرات النفسية للصدمة العصبية دور مهم في فهم طبيعتها، ففي بداية هذا القرن فُسرت الصدمة العصبية على أنها نوع من الهستيريا، حيث أكد الكتاب المتحيزون للتحليل النفسي Psychoanalysis على بيان مدلول الصدمة ومغزاها، وفُسرت على أنها استثارة زائدة لحوافز الفرد المصدوم، وقد فسرها «فينيخل» Fenichel بأنها زيادة إثارة أدت إلى اضطراب التوازن النفسي. ثم حدثت النقلة من التفسير التحليلي النفسي على أساس مفهوم الصدمة المثيرة للصراعات إلى مفهوم

التكيف Adaptation. ويعني التكيف هنا محاولة الفرد الاستجابة لتغيرات البيئة، واعتماداً على هذا المدخل كان يُنظر إلى العصاب التالي للصدمة Post - traumatic neurosis على أنه نتيجة فشل في التكيف (Peterson *et al.*, 1991, pp. 4-5).

٨ - عصاب الصدمة بعد الخمسينيات

كُتب عن عصاب الصدمة بين عامي ١٩٥٠، و١٩٧٠ شيء قليل، وفي الوقت ذاته حدثت تغيرات عديدة في علم النفس بوجه عام، فأصبح للنظريات المعرفية والسلوكية تأثير متزايد في علم النفس، كما أن تحديد الصحة والمرض على أساس نظريات متصلة بأجهزة الجسم والبيئة قد اكتسب أهمية كبيرة في تفسير الصدمة، وشهدت السبعينيات والثمانينيات انفجاراً في كمية البحوث المنشورة عن الاضطرابات المرتبطة بالصدمة. ومن الواضح أن الإصابات النفسية الناجمة عن حرب فيتنام كانت مسؤولة أساساً عن تجديد الاهتمام بعصاب ما بعد الصدمة. وقد عكس إيراد مصطلح «الضغوط» في تسمية الاضطراب ذاته (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) الاهتمام بفحص مسببات هذه الضغوط ذاتها (Peterson *et al.*, 1991, p.5). ويتبادر إلى الذهن الآن سؤال مهم: هل الحرب وحدها هي السبب في هذا النوع من الاضطراب على اختلاف تسمياته؟

٩ - تعدد الضغوط التي تقع على الإنسان

الحقيقة أن الضغوط التي تقع على الإنسان كل يوم كثيرة ومتعددة ولها درجات متفاوتة، وإذا انصب الاهتمام على الضغوط المسببة للاضطراب - ولا شك أنها تكون ذات درجة مرتفعة بجرعة كبيرة - فالحرب واحدة من أهم هذه الضغوط التي تمارس تأثيرها على الإنسان ولكنها ليست الوحيدة، فمصادر الضغوط عديدة، منها الكوارث الطبيعية، والحوادث التي هي من صنع البشر كتصادم السيارات وتحطم القطارات والطائرات... وغير ذلك كثير مما سنعرض له تفصيلاً في الباب الثالث من هذا الكتاب.

على أن زيادة حالات الاغتصاب في بلد كبير العدد كالولايات المتحدة الأمريكية كان من بين أسباب الاهتمام بهذا الاضطراب التالي لهذه الصدمة، التي يترتب عليها قدر كبير من العنت والذل والمهانة، والضرر النفسي البليغ، والأذى البدني الذي قد يصل إلى حد الإصابة الخطيرة أو القتل. وهناك حقيقة مهمة في هذا الصدد، من ناحية الاهتمام البحثي الكبير بمشكلة الاغتصاب، في بلد كأمريكا يوجد فيه أكبر عدد في العالم من علماء النفس والأطباء النفسيين، وهو أن عدد ضحايا الاغتصاب أكثر من عدد الرجال الذي يذهبون إلى الحرب. فقد «حُددت حالات الاغتصاب عام ١٩٩١ في الولايات المتحدة بأنها أكثر من ١٠٠,٠٠٠ ضحية تذهب إلى أقسام الشرطة كل عام (والعدد الحقيقي أكبر من ذلك بكثير جداً)، والحق أن تقارير الاغتصاب قد ارتفعت بمقدار أربع مرات أسرع من المعدل العام للجرائم خلال الثمانينيات» (Comer, 1992, p.217). ولقد ذكرنا الحرب والاغتصاب فقط سببين من أسباب الصدمات النفسية في معرض حديثنا عن بعض الجوانب التاريخية لهذا الاضطراب، حيث كان لهذين النوعين أهمية غير قليلة، وذلك على الرغم من أنهما ليسا المسببات الوحيدة لهذا الاضطراب النفسي. (انظر للتفصيل: ص ص ٤٨-٤٩).

١٠ - تسميات متعددة لاضطراب الضغوط عبر التاريخ

لا يعد جوهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة ظاهرة حديثة، فالمضمون قديم، واتخذ أسماء كثيرة عبر التاريخ، ولكن هذه التسمية حديثة ترجع إلى العام ١٩٨٠. فقد قُدم هذا الاضطراب بوصفه فئة تندرج تحت الفئة الأكبر: «اضطرابات القلق» في الدليل التشخيصي الثالث، الصادر عام ١٩٨٠ عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين.

وأشارت الطبعتان السابقتان من هذا الدليل إلى تسمية ردود أفعال الضغوط بمصطلحات مثل: «أعصبة الصدمة»، و«الاضطرابات الموقفية التنقلية». ولكن كان هذان المصطلحان اثنين فقط من البطاقات أو التسميات التي تنطبق على هذا النمط السلوكي، وقد أورد «ميشينباوم» (Meichenbaum, 1994, p.41) مختلف المصطلحات التي استخدمت للإشارة إلى هذا الاضطراب عبر التاريخ (انظر جدول ٤).

جدول (٤): المصطلحات والتسميات المختلفة التي استخدمت من الناحية التاريخية للإشارة إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة

المصطلحات السابقة	
١ - الهستيريا	١٨ - إعياء المعركة (ح.ع.٢)**
٢ - مرض الأنفاق	١٩ - عصاب الحرب (جرنكر، وسبيجل)
٣ - اضطراب السكك الحديدية	٢٠ - اضطرابات الضغوط (الحرب الكورية)
٤ - الحنين إلى الوطن (في الحرب الأهلية)	٢١ - تعب المعركة
٥ - قلب الجندي	٢٢ - عصاب الصدمة
٦ - عصاب الصدمة النفسية	٢٣ - عصاب التعويض
٧ - الإعياء العصبي	٢٤ - الصدمة العصبية
٨ - زملة «داكوستا»	٢٥ - الاستجابة للضغوط الشديدة
٩ - القلب سريع التهيج	٢٦ - الاضطراب الموقفي التنقلي
١٠ - زملة المجهود	٢٧ - زملة الناجين
١١ - وَهَن دورة الأعصاب	٢٨ - زملة ما بعد فيتنام
١٢ - الخوف الشاذ من الصدمة	٢٩ - زملة صدمة الاغتصاب
١٣ - صدمة القذائف (ح.ع.١)*	٣٠ - زملة ما بعد سوء الممارسة الجنسية
١٤ - عصاب القلق	٣١ - زملة سوء استخدام الطفل
١٥ - العصاب الوظيفي	٣٢ - أعراض الناجين
١٦ - عصاب القتال	٣٣ - زملة الزوجة المضروبة
١٧ - إجهاد الحرب	٣٤ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة

* أي الحرب العالمية الأولى.

** أي الحرب العالمية الثانية.

ويقدم «ريزنيك» (Resnick, 1995, p.118) أيضا مختلف التسميات التاريخية التي اتخذها مصطلح اضطراب الضغوط، فيذكر أن مفهوم العصاب الصدمي ظهر بادئ ذي بدء من الاعتقاد القائل بأن الهزة أو الارتجاج Concussion الناتج عن

حادث يصيب العمود الفقري يتسبب في أنواع من الشذوذ التي تلحق بالجهاز العصبي السمبثاوي [Clevenger, 1889]. وقد تمسك بهذا الاضطراب - على وجه السرعة - المتقاضون غير الأمناء، وانتهزوا الفرصة في بحثهم عن التعويض بعد الحوادث [Hamilton, 1906]. وقد أعطى اضطراب الضغوط أسماء عديدة منذ عام ١٨٨٩ يوحي كثير منها بالتمارض Malingernig (انظر جدول ٥). وإن تقديم اضطراب الضغوط بوصفه تشخيصا رسميا في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III الصادر عام ١٩٨٠ تسبب في زيادة حادة لحساسية الإكلينيكيين لهذا الاضطراب، كما زاد من اهتمامهم باحتمال وجود حالات التمارض.

جدول (٥): الأسماء المستخدمة لوصف اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يوحي بعضها بالتمارض

الأسماء السابقة للاضطراب	
١ - عصاب الحوادث	١٥ - زملة قلق ما بعد الحادثة
٢ - زملة ضحية الحادث	١٦ - زملة ما بعد الحادثة
٣ - عصاب الكارثة	١٧ - زملة ما بعد الصدمة
٤ - المرض الأمريكي	١٨ - عصاب المكسب
٥ - اتجاه الشفقة أو الرثاء	١٩ - عمود السكك الحديدية
٦ - هستيريا التعويض	٢٠ - زملة صدمة الاغتصاب
٧ - مرض التعويض	٢١ - عصاب المكسب الثانوي
٨ - عصاب التعويض	٢٢ - الهستيريا الصدمية
٩ - عصاب الرعب	٢٣ - النيوراسثينيا (الخَوَر) الصدمية
١٠ - عصاب «جرين باك»	٢٤ - العصاب الصدمي
١١ - عصاب العدالة	٢٥ - العصاب الانفجاري
١٢ - عصاب التقاضي	٢٦ - التمارض اللاشعوري
١٣ - ظهر البحر المتوسط	٢٧ - العصاب الفقاري
١٤ - المرض النفسي العصابي	٢٨ - عصاب طرف السوط

عن: (Resnick, 1995).

١١ - الدراسات على زملات شبيهة باضطراب الضغوط

قبل نشر التعريف الحالي لاضطراب الضغوط PTSD كما نعرفه اليوم درست الاستجابات المتطرفة للحوادث الصدمية دون الاستفادة من تعريف واضح، فقد سَمَّى بعض الباحثين الزملة Syndrome: رد الفعل التالي للصدمة، زملة الكارثة، زملة الباقين على قيد الحياة (الناجين)، العصاب الصدمي، على حين سمى آخرون هذه الزملة أسماء محددة تبعاً لمكان وقوع الكارثة مثل: زملة «بافلو - كريك».

وقد استُخدمت أسماء ومصطلحات مختلفة لوصف ردود الفعل التالية للكارثة في الدراسات السابقة، وكان هناك نقص دائم في التعريف المناسب لمصطلحات مثل «المخاض النفسي الانفعالي» Psychic emotional parturition أو الخَدَر النفسي Psychic numbing التي ظهرت في هذه التقارير. ولم يكن ممكنا - دون الاستفادة من محكات محددة - أن يتم فحص هذه الزملات التالية للكارثة باستثناء الوصف القصصي أو دون جمع منظم للبيانات. وتراوحت معدلات حدوث هذه الزملات الشبيهة باضطراب الضغوط في هذه الدراسات بين ١١٪ و١٠٠٪. ويبين جدول (٦) بعض هذه المسميات الشبيهة باضطراب الضغوط في الدراسات السابقة (Smith & North, 1993, p. 412).

١٢ - اضطراب الضغوط والدليل التشخيصي الأمريكي

لم يظهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة بنفس الاسم في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول Diagnostic & Statistical Manual-I للاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين عام ١٩٥٢، ولا في الدليل التشخيصي الثاني DSM-II الصادر عام ١٩٦٨.

جدول (٦): الزملات المناظرة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في عدد من الدراسات السابقة

الدراسة	الزملة المناظرة لاضطراب الضغوط
١ - حريق نادي ليلي (كولونت جروف) (أدلر، ١٩٤٣)	- العصاب التالي للصدمة، عصاب الخوف
٢ - انهيار سد «بافلو - كريك» وفيضانه (لفتون، وأولسن، ١٩٧٦)	- زملة الناجين
٣ - انهيار سد «بافلو - كريك» وفيضانه (تتشنر، وكاب، ١٩٧٦)	- العصاب الصدمي
٤ - إعصار «تراسي» (باركر، ١٩٧٧)	- زملة الكارثة
٥ - تحطم قطار «جرانفيل» (رومان، ١٩٧٩)	- زملة ما بعد الكارثة
٦ - تحطم طائرة «تينيريف» (بيرلبيرج، ١٩٧٩)	- العصاب الصدمي
٧ - زلزال «نيكاراجوا» (أهيرن، ١٩٨١)	- أعراض عصابية، الضغوط التالية للكارثة
٨ - انهيار سد «بافلو - كريك» وفيضانه (جليسر، وجرين، وونجت، ١٩٨١)	- زملة «بافلو - كريك»
٩ - إعصار «سري - لانكا» (باتريك، وباتريك، ١٩٨١)	- زملة الكارثة
١٠ - حريق مصنع الطلاء في النرويج (وايزه، ١٩٨٥، ١٩٨٩)	- زملة القلق الصدمي
١١ - ثورة بركان جبل «سانت - هيلين» (أدامز، وأدامز، ١٩٨٤)	- أرجاع الضغوط التالية للكارثة
١٢ - التسمم بغاز سام (ليبوز - إيبور وصحبه، ١٩٨٥)	- زملة الأرجاع النفسية للكارثة

عن: (Smith & North, 1993, p.413).

ولكن ما يجب أن نعرفه أن هذه الزملة المرضية لم تنتظر حتى الثمانينيات من هذا القرن حتى تكون معروفة للمتخصصين والممارسين في مجالي علم النفس المرضي والطب النفسي، فقد كانت معروفة عبر القرون (كما أسلفنا في الفقرات السابقة) في التراث الطبي والنفسي ولكن تحت أسماء أخرى وبتفسيرات نظرية مختلفة.

وحدث تقدم مهم في الدراسة العلمية للاستجابة للصدمات بإفراد الدليل التشخيصي والإحصائي الأول DSM-I الصادر عام ١٩٥٢ فئة تحت عنوان: «أعصبة الصدمة» Traumatic Neuroses، ثم أشير إليها في الدليل الثاني DSM-II الصادر عام ١٩٦٨ تحت اسم: «الاضطرابات الموقفية التنقلية» Transient Situational Disturbances و«أرجاع التوافق» Adjustment Reactions. وبعد جدال مستفيض في هذه الرابطة المشار إليها ظهر تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة لأول مرة في الدليل الثالث DSM-III الصادر عام ١٩٨٠ بوصفه فئة تشخيصية مستقلة، وحدثت تنقية وتحسين في وصف هذا الاضطراب في الدليل الثالث المعدل DSM-III-R عن طريق التحديد الإجرائي لمحك العنصر الضاغط، كما أمدّ مستخدمه بمعلومات عن أعراض الاضطراب لدى عدد كبير من الجمهور بما في ذلك الأطفال الذين واجهوا صدمة.

وفي الدليل الرابع DSM-IV الصادر عام ١٩٩٤ (APA, 1994) وضعت - في المحك (أ) - عبارة: «تتضمن استجابة الفرد خوفاً عميقاً وعجزاً أو رعباً» بدلاً من عبارة: «خارج مدى الخبرة الإنسانية العادية» التي كانت قد وردت في الدليل الثالث المعدل، ونتج هذا التعديل وغيره بعد تجارب ومناقشات مستفيضة.

لقد شاع استخدام مصطلح الصدمة Trauma بعد الحرب العالمية الأولى.

وشاع استخدام مصطلح الضغوط Stress بعد الحرب العالمية الثانية.

وقد رأينا المصطلحين يجتمعان معاً في أول الثمانينيات على شكل: اضطراب

الضغوط التالية للصدمة (Kugelmann, 1992, p.95). وتجدر الإشارة إلى أن أحد الأسباب التي أخرت تعريف اضطراب الضغوط وتحديده هو أن الأعراض تظهر عادة مرتبطة بمشكلات معينة أخرى مثل الاكتئاب أو سوء استخدام المواد النفسية والإدمان عليها (Scott & Stradling, 1992, p.1).

ويعد إدراج اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل التشخيصي الثالث عام ١٩٨٠، وكذلك الثالث المعدل عام ١٩٨٧، والرابع عام ١٩٩٤ خطوة أساسية في تشخيص الاستجابات المرتبطة بالضغوط. وقد أُدرج تحت الفئة التشخيصية الأكبر: «اضطرابات القلق» نظراً لوجود الأفكار المقتحمة المثيرة للقلق، والانشغال بفقد السيطرة أو التحكم، والتيقظ الزائد، واستجابة الجفول Startle المبالغ فيها، والخوف من تكرر الأحداث الصدمية، والسلوك التجنبي الشبيه بالخوف المرضي، فضلاً عن ظهور مختلف صور: الإنكار والانفعال والخَدَرِ والتبلد.

اضطراب الضغوط الحاد:

لا يحدد تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD إلا إذا دامت الأعراض أكثر من شهر. ويملأ تشخيص اضطراب الضغوط الحاد Acute Stress Disorder (ASD) الفجوة الزمنية من أول حدوث العنصر الضاغط حتى الأسابيع الأربعة التالية. وقد ظهر هذا التشخيص لأول مرة في الدليل الرابع DSM-IV (APA, 1994).

١٣ - الموقف الراهن

تزايد الاهتمام في السنين الأخيرة - في كل من علم النفس والطب النفسي - ببحوث الضغوط واضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفها مجالات محددة للبحث العلمي. ولم تعد البحوث تتركز حول ضحايا الحروب والاغتصاب فقط،

بل كل أنواع الضحايا. وفي عام ١٩٨٥ تأسست جمعية دراسات ضغوط الصدمة The Society for Traumatic Stress Studies، وبدأ الاهتمام بالبحوث التي تختص بصدمات مختلفة، وظهر سريعاً أن هناك عناصر مشتركة في ردود أفعال الضحايا ومن بقوا على قيد الحياة من الحرب والكوارث الطبيعية والاغتصاب والعنف الأسري والرهائن وجرائم العنف، كما ظهرت عناصر مشتركة أيضا في الأفكار المهنية لدى كل من رجال الشرطة وإطفاء الحرائق ومن يعملون مع من بقوا على قيد الحياة بعد الصدمة (Kahana, 1992).

* * *

الفصل الثالث

الاستجابة للأحداث الصدمية

تمهيد

١ - الاستجابة الإنسانية للضغوط.

٢ - الفروق الفردية في الاستجابة للصدمة.

٣ - العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة.

٤ - الاستجابات المتنوعة للصدمات.

أ - أنواع الاستجابات.

ب - الاستجابات على شكل أعراض.

جـ - الاستجابات الظواهرية.

د - الاستجابات الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية.

٥ - الاضطرابات النفسية التي يمكن حدوثها بعد الصدمة.

أ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ب - القلق.

جـ - الخوف المرضي.

د - الاكتئاب.

الفصل الثالث
الاستجابة للأحداث الصدمية

تمهيد

تتنوع الأحداث الصدمية وتنقسم - كما أسلفنا - إلى كوارث طبيعية وكوارث من صنع البشر. ويترتب على هذه الأحداث الصدمية ضغوط تمارس فعلها على الفرد، وتتفاعل هذه الضغوط مع شخصية الفرد ومخططه المعرفي وخبراته السابقة وعمره وجنسه وظروفه العامة والخاصة. وينتج عن الضغوط الناجمة عن الحادث الصدمي بعد أن تتفاعل مع خصال الفرد وشخصيته استجابات مختلفة، وقد تأخذ هذه الاستجابات أشكالاً ثلاثة: أولها العلامات والأعراض العامة، وثانيها الاستجابات المحددة، وثالثها اضطرابات معينة. وهو ما نعرض له في هذا الفصل.

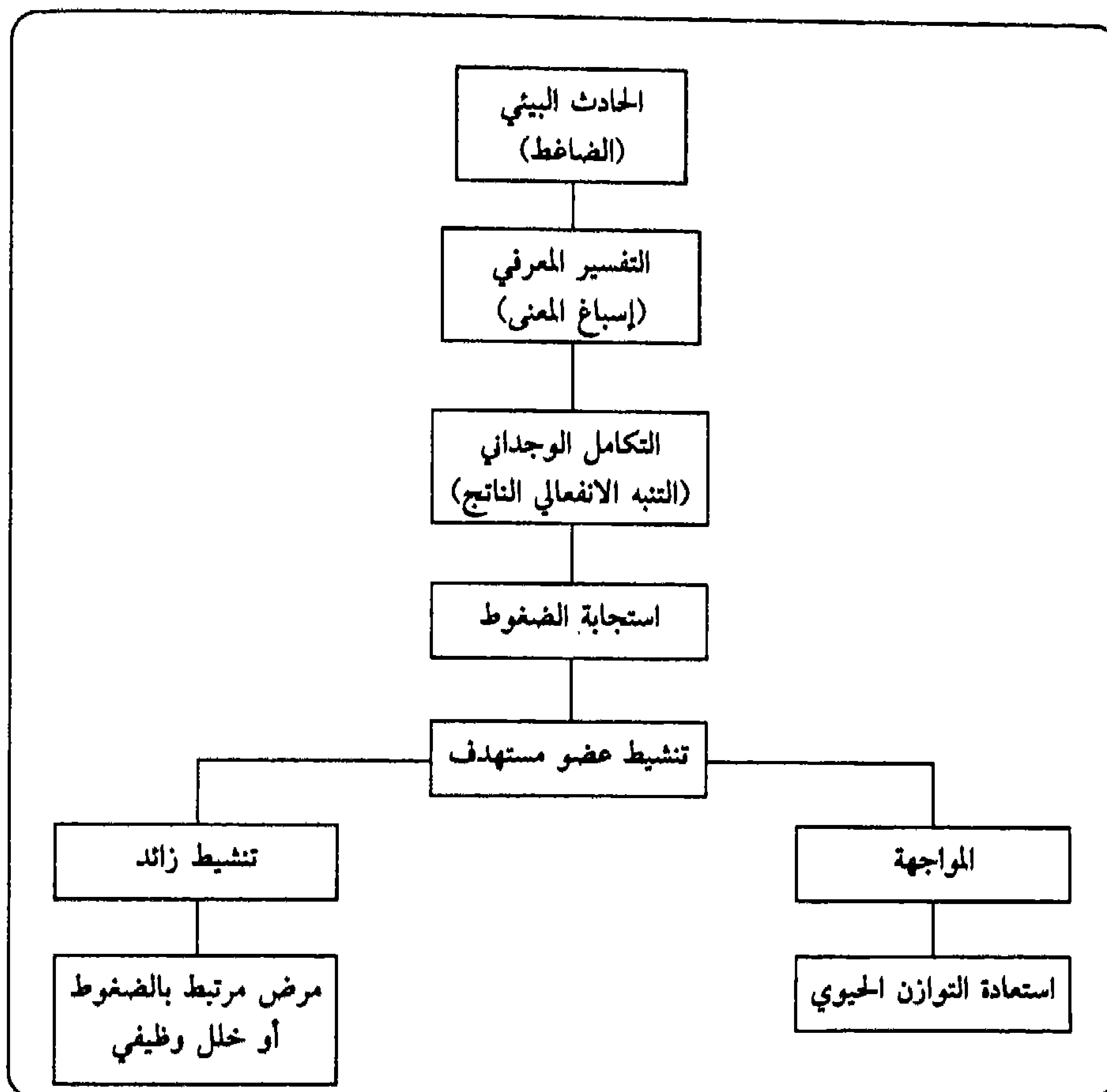
١ - الاستجابة الإنسانية للضغوط

من المتغيرات المهمة التي تحدد استجابة(*) الإنسان للضغوط الواقعة عليه، إدراكه لهذه الضغوط، ومن المعروف أن إدراك الضغوط مسألة نسبية إلى حد بعيد، فقد يتعرض شخصان للصدمة العنيفة ذاتها فيرى أحدهما أن هذه الصدمة قد دمرته تدميراً، في حين يدرك الآخر هذه الصدمة على أنها كان يمكن أن تكون أقوى وأعنف، والحمد لله على أنها لم تكن كذلك.

وتتعدد ردود الأفعال للضغوط الواقعة على الفرد تعدداً غير قليل، فيبدأ الضاغط Stressor بالتأثير على الفرد في سياق متتابع يمكن أن يصل إلى أحد طريقين: السواء واستعادة التوازن الحيوي، أو المرض والخلل المرتبط بالضغوط.

(*) تجدر الإشارة إلى أن الاستجابة Response مرادفة لرد الفعل أو الرجع Reaction، وسوف تستخدم بشكل تبادلي يدل على أمر واحد.

ويبين شكل (٨) نموذجاً للاستجابة الإنسانية للضغوط يعد تكاملاً لأعمال كل من: «لازاروس، وفولكمان، وسيلي، وإيفرلي، وسميث، وإيفرلي» (Mitchell & Everly, 1995, p.20).



شكل (٨): نموذج للاستجابة الإنسانية للضغوط
عن: (Mitchell & Everly, 1995, p.23).

٢ - الفروق الفردية في الاستجابة للصدمة

تختلف استجابات الأفراد لخبرة الصدمة اختلافاً كبيراً، ويعتمد هذا الاختلاف على عدد من العوامل أهمها ما يلي:

١ - ظروف الصدمة (من صنع البشر، عمر الضحية، دوام الكارثة).

٢ - الفروق الفردية في الاستجابات الإنسانية للصدمة نفسها تبعاً للفروق بين الأفراد في السمات Traits، وتفسير السمات، ووجود الضغوط الصدمية وما بعد الصدمية.

٣ - العمليات المعرفية التي تتضمن الافتراضات والنظريات الفردية عن خبرات الحياة (انظر الفصل الخامس)، وكلها يمكن أن تحدد الاستجابات الانفعالية للصدمات.

٤ - عوامل الشخصية وتفاعلها مع الموقف يحدد الاستجابات الانفعالية للصدمات.

٥ - طرق «مواجهة المشكلات ومحاولة التغلب عليها» Coping mechanisms، أو الأنماط المميزة للتعامل مع المواقف الضاغطة، ترتبط بالاستجابة للصدمة.

٦ - يزداد احتمال تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي موجود سلفاً.

٧ - تعد ردود الفعل الأولي للصدمة منبئاً جيداً بالمشكلات التالية للصدمة (Figley, 1985).

٣ - العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة

ينجم عن الحادث الصدمي علامات Signs وأعراض Symptoms على الفرد الذي تعرض لهذا الحادث، وهي العلامات والأعراض العضوية والانفعالية والمعرفية والسلوكية. والأمر الجدير بالتأكيد هنا أن هذه العلامات وتلك الأعراض التي تعد استجابات شائعة للضغوط الزائدة الناجمة عن الأحداث الصدمية يمكن أن تبدأ ويعاني الفرد منها، ثم تنتهي أغلبها بعد مدة ما، من دون أن تتطور إلى أعراض ثابتة مستقرة لدى الفرد، ومن دون أن تتجمع على صورة زملة Syndrome تجتمع فيها هذه الأعراض المرضية معا. ويكون ذلك نتيجة شفاء أو تحسن تلقائي Spontaneous Recovery or Remission، دون أي شكل من

أشكال التدخل العلاجي من جانب، ومن دون تطور لهذه الأعراض على شكل اضطراب محدد من جانب آخر. ويبين جدول (٧) هذه العلامات والأعراض.

جدول (٧): العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة

١ - العلامات والأعراض العضوية:
- العرق الزائد.
- نوبات من الدوار.
- معدل زائد للقلب.
- ارتفاع ضغط الدم.
- التنفس السريع.

٢ - العلامات والأعراض الانفعالية:
- الصدمة الانفعالية.
- الغضب.
- الأسى.
- الاكتئاب.
- الشعور بالقهر.

٣ - العلامات والأعراض المعرفية:
- الاختلاط في التفكير.
- صعوبة اتخاذ القرارات.
- انخفاض تركيز الانتباه.
- خلل في وظيفة الذاكرة.
- انخفاض في كل الوظائف المعرفية العليا.

٤ - العلامات والأعراض السلوكية:
- تغير في أنماط السلوك الاعتيادية.
- تغيرات في الأكل.
- تدهور الصحة الشخصية.
- الانسحاب من الآخرين.
- الصمت الممتد.

عن: (Mitchell & Everly, 1995, p. 24).

٤ - الاستجابات المتنوعة للصدمات

من البدهي أن نقول: إن استجابات الأشخاص للحوادث الصدمية تختلف اختلافاً كبيراً. وسوف نعرض لهذه الاستجابات تبعاً لأنواعها، والأعراض التي تتجسد فيها، والاستجابات المصاحبة لها، ونبدأ بعرض أنواعها (انظر: (Meichenbaum, 1994).

أ - أنواع الاستجابات

تنقسم استجابات الأشخاص للصدمات إلى خمسة أنواع نلخصها في الآتي:

(١) الاستجابات الانفعالية Emotional

يندرج تحت هذا النوع من الاستجابات ما يلي: الصدمة، وعدم التصديق، والغضب، والغيظ، والرعب، والذنب، والأسى، والقابلية للجرح، والتهيج أو الاستثارة، والعجز، والخوف، والقلق، والاكتئاب، والحزن، والاشمئزاز، واليأس، والكرب. هذا فضلا عن الخوف من الهجر أو الترك، والخوف من الوحدة، والحذر من الآخرين والاحتراس منهم، وكذلك عدم القدرة على الحب أو الصعوبة في بذل مشاعر الحب (شعور بالانفصال والغربة)، مع سهولة الغضب والمزاج المنفجر.

(٢) الاستجابات المعرفية Cognitive

ومنها: العجز عن تركيز الانتباه، والاختلاط أو الخلط، ولوم الذات، وعدم التوجه، والأفكار التي تقتحم العقل، والتجنب، ونقص تقدير الذات، وانخفاض الكفاءة الشخصية، والخوف المتزايد من فقد السيطرة، والخوف من حدوث الصدمة مرة ثانية، فضلاً عن مشكلات في الذاكرة.

(٣) الاستجابات البيولوجية Biological

ومنها ما يلي: التعب، وعدم النوم (الأرق)، والكوابيس، والتنبه الزائد،

واستجابة الإجفال Startle، والشكاوي النفسية الجسمية. وقد دلت الدراسات على أنماط النوم لدى الناجين من الصدمات على أنهم يمكثون وقتا أقل في النوم العميق، وأنهم يستيقظون مرات عديدة، مع جوانب شذوذ أكثر خلال النوم في مراحل حركات العين السريعة REM، ويقضون وقتاً كلياً أقل في نومهم، وزيادة في الحركة في أثناء النوم، وفي التنفس وفي معدل القلب، كما يظهر عندهم أيضا فترات من توقف التنفس في أثناء النوم.

(٤) الاستجابات السلوكية Behavioral

ومن هذه الاستجابات: التجنب، والاغتراب، والانسحاب الاجتماعي، والضغوط المتزايدة في العلاقات مع الآخرين (كالمعاناة من العلاقة الزواجية، وانخفاض في كل من الاستعداد للثقة في الآخرين أو أن يكون الفرد حميماً معهم)، وسوء استخدام المواد ذات الآثار النفسية، وسلوك البحث عن الإثارة، والعجز في المهنة، واضطرابات المسلك والتصرف، وتناقص الأداء في العمل، فضلاً عن ارتفاع معدلات حدوث الطلاق، والتعدد في الزواج.

ويلاحظ أن التجنب Avoidance، الذي يمكن أن يكون استجابة للمنبهات المقتحمة، قد يتخذ أشكالاً مختلفة منها على سبيل المثال: تجنب المشاعر (الخَدَر أو نقص الإحساس)، وتجنب معرفة الحدث (النسيان)، وتجنب السلوك (استجابة الخوف الشاذ)، وتجنب التواصل فيما يختص بالحدث.

(٥) الاستجابات الخاصة بالطباع Characterological

يحدث لدى الناجين من سوء الممارسة Abuse الذي استمر فترات طويلة تغيرات محدّدة في الشخصية من بينها «التشوهات في العلاقات وفي الهوية»، ووصل الأمر ببعض الباحثين إلى أن يفترضوا أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD بالنسبة للطب النفسي مناظر للموقع الذي كان يحتله «الزهري» Syphilis في الطب. ويبدو اضطراب الضغوط التالية للصدمة - في وقت أو آخر - أنه يحاكي كل اضطراب في

الشخصية. وقد يحاول الشخص الذي أصيب بالصدمة أن يقيم تعويضاً زائداً بأن يصبح مولعاً بالعمل Workaholic بشكل متطرف (Meichenbaum, 1994, pp.34-5).

ب - الاستجابات على شكل أعراض

تتضمن الصدمة مرور المصدوم بعدد غير قليل من الخبرات المؤلمة والعنيفة، وتظهر في أثناء الصدمة أعراض يمر بها المصدوم ويجربها، ومن بينها الأعراض التالية:

(١) الانفصال أو التفكك Dissociation

قد يتخذ الانفصال عدة أشكال بما فيها أن الناجي من الحادث الصدمي يشعر أنه منعزل ومبتعد آلياً عن الحادث الصدمي كما حدث، فيرى الناجون هذه الحوادث وينظرون إليها من مسافة بعيدة، أو أن «سيناريو» الأحداث قد يبدو بطيئاً جداً، أو قد يشعرون بأنهم مستبعدون من الأحداث تماماً. وينشطر تأثير الصدمة عن إحساسهم بأنفسهم، وذلك نتيجة لنقص التكامل بين الأفكار والمشاعر والخبرات في تيار الشعور. ويقوم الضحايا المصدومين بفصل أنفسهم عن كل من الخوف الشامل والألم والعجز.

ويبدو هذا الانفصال - بصورة نوعية - على شكل من هذه الأشكال:

أولا - الذهول والدوار وحالة الصدمة.

ثانيا - عدم الواقعية: يشعر الفرد كما لو كان العالم الذي يحيط به غير حقيقي ويشبه الأحلام.

ثالثا - اختلال الإنّية(*): الشعور بالانفصال أو كأنه آلة بالنسبة للعمليات العقلية والجسمية.

(*) يشير اختلال الإنّية Depersonalization في الطب النفسي إلى اضطراب انفعالي يحدث فيه فقد للرابطة بين الشخص وواقعه الشخصي، تصحبه مشاعر الغرابة وعدم واقعية الخبرة. ويشعر الفرد في الحالات الشديدة بأن أجزاء من جسمه غريبة عنه أو تغيرت في الحجم، وقد يمر الفرد بخبرة إدراك نفسه عن بعد (انظر: Reber, 1995, p. 197).

رابعا – الشعور بالخَدَرِ: قمع الاستجابة الانفعالية، والشعور بالابتعاد والانعزال.

خامسا – نسيان الحادث الصدمي.

(٢) القلق:

ومن أعراضه: التنبه الزائد، وصعوبة تركيز الانتباه، واليقظة المرتفعة، واستجابة الجفول المبالغ فيه. هذا فضلا عن أعراض توتر العضلات، والتململ وعدم الاستقرار، وخفقان القلب وزيادة ضرباته، والتعب، والعصبية وسرعة الاهتياج والتقلب، والأرق.

(٣) أعراض أخرى:

منها: الغيظ واليأس والضغط ومشاعر الذنب، ويلاحظ أن الصور الخاصة من خلل الوظيفة كالصعوبات الجنسية تختلف تبعاً لاختلاف المنبه الضاغط. ويرتبط خلل الوظائف الجنسية عادة باضطراب الضغوط الناتجة عن الاغتصاب وسوء الممارسة الجنسية في الطفولة (Meichenbaum, 1994, pp. 35-36).

جـ - الاستجابات الظواهرية

يمكن أن تؤثر الحوادث الصدمية – من الناحية الظواهرية Phenomenological – تأثيراً كبيراً على نسق الاعتقاد Belief system والمشاعر لدى الفرد المصدوم، ومن بين تأثيرات هذا الجانب ما يلي:

١ – يمكن أن تخرق الحوادث الصدمية أو تهدم الافتراضات الأساسية والمعتقدات الرئيسة لدى الفرد، ومن بينها:

أ – الاعتقاد في كون الشخص غير قابل للجرح (إنه لا يمكن أن يحدث لي).

ب – الاعتقاد بأن الحوادث مُرتّبة منظمة، يمكن التنبؤ بها، ويمكن التحكم فيها، وأنها عادلة.

جـ - الاعتقاد بأن الحياة ذات معنى.

د - الافتراض القائل بأن الفرد شخص جدير بالثقة.

وسوف نفصل هذه الافتراضات في الفصل الخامس.

٢ - من الممكن أن تؤدي الحوادث الصدمية إلى شعور بالفقد والضياع، ويوجد ذلك على ثلاثة مستويات كما يلي:

أ - فقد الاعتقاد في الذات.

ب - ضياع الاعتقاد بأن العالم آمن.

جـ - فقد الثقة في الآخرين.

٣ - شعور بفقد القرب أو الاقتراب من الآخرين وبفقد الهوية (الشك في الاعتقاد بأن الناس موثوق بهم ويستحقون الاقتراب منهم والاتصال بهم).

٤ - تحطيم شعور الفرد بالأمن والأمان.

٥ - لوم النفس على أن الشخص أصبح ضحية (تقبل الفكرة القائلة بأن الناس يحصلون على ما يستحقون) (Meichenbaum, 1994, pp. 37-38).

د - الاستجابات الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية

يكشف الأفراد الذين تعرضوا للحوادث الصدمية - في مجالي الأعصاب والغدد - عن الأعراض التالية:

١ - استجابات متصلة بالقلب.

٢ - ارتفاعات في ضغط الدم تستمر طويلا.

٣ - تغيرات في وظائف جهاز المناعة والجهاز الهضمي.

٤ - زيادة في مستويات «الكاتيكولامين» في البول وزيادة تجمع صفائح الدم.

٥ - زيادة في تقرير الأعراض وإيرادها.

وهذه التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للصدمة يمكن أن يكون لها أثر التنبيه في الفرد (كمن يضرم النار)، فترفع من حساسية الفرد وتزيد من قابليته للجرح Vulnerability. ويعاني الأفراد المصابون باضطراب الضغوط التالية للصدمة من ارتفاع التنبه Hyperarousal ومن الاستجابات الفيزيولوجية الشبيهة بحالة الطوارئ لجوانب محددة تُذَكِّر الفرد بالحادث، وإن العقاقير التي تثير التنبه التلقائي Autonomic Arousal يمكن أن تمهد لحدوث الصور البصرية والحالات الوجدانية المرتبطة بخبرة ما قبل الصدمة (مثال ذلك نوبات الهلع والعودة إلى تذكر الحادث الصدمي) (Meichenbaum, 1994, p.39).

٥ - الاضطرابات النفسية التي يمكن حدوثها بعد الصدمة

يترتب على الحادث الصدمي علامات وأعراض كما فصلنا في الفقرة الأولى من هذا الفصل، كما تحدث استجابات محددة لهذا الحادث الصدمي تبعا لما أوردناه مفصلا في الفقرة الثانية من هذا الفصل. وينجم عن تفاعل عدد من العوامل النفسية والاجتماعية والجسمية فضلا عن عنف الحادث الصدمي أحد اتجاهين: أولها تكيفي وثانيها مرضي. فأما التكيفي فيشير إلى أن الفرد قد لَمّ شتات نفسه وتماسك أمام هذا الحادث وتغلب على الصدمة. فأما الاتجاه المرضي فيعني أن الأمور قد سارت على عكس ذلك، فتجمعت الأعراض على شكل اضطراب نفسي محدد، أهم فئاته: اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والقلق، والخوف المرضي، والاكتئاب. وهذا ما نفصله في الفقرات التالية.

ومن الممكن أن تُحدث الصدمة كذلك أي استجابة أو اضطراب نفسي فيزيولوجي. ويبين جدول (٨) مختلف الزملات الممكنة للضغوط التالية للصدمة (Mitchell & Everly, 1995, p.38).

على أن أهم الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة هي: اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والقلق، والخوف المرضي، والاكتئاب. ونقدم في الفقرات التالية نبذة عن كل منها.

جدول (٨): زملات الأعراض التي يمكن حدوثها نتيجة للضغوط التالية للصدمة

زملات الأعراض المتوقعة
١ - اضطراب الضغوط الحاد.
٢ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
٣ - نوبات مرضية جزئية معقدة.
٤ - اضطراب التوافق.
٥ - الاكتئاب.
٦ - التطبيب الذاتي كسوء استخدام العقاقير.
٧ - اضطرابات الشخصية (البينية، والمضادة للمجتمع، والشخصية المتعددة، والشخصية من النمط الفصامي).
٨ - زملات الهلع.
٩ - سلوك غير معقول في العمل.
١٠ - اضطراب الذاكرة دون نسيان الصدمة.
١١ - نسيان كل ما يتصل بالصدمة.
١٢ - أي اضطراب نفسي فيزيولوجي طبي.

أ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة

هذا أول احتمال للاستجابة المرضية للضغوط التالية للصدمة، وسنفصل القول عن مختلف جوانب هذا الاضطراب في الباب الثاني من هذا الكتاب، ومع ذلك تجب الإشارة إلى أنه إذا توقفت أعراض اضطراب الضغوط بمرور الزمن، وإذا لم تمنع حسن قيام الفرد بوظائفه في العمل والعلاقات الحوارية (بين الأشخاص) فإنه يُنظر إلى الاضطراب عندئذ على أنه استجابة «سوية» لموقف غير سويّ. وإذا استمرت الأعراض بين يومين وشهر واحد فإنها تحقق محكات اضطراب الضغوط الحاد Acute Stress Disorder (ASD)، وإذا استمرت الأعراض أكثر من شهر فإنها تحقق عندئذ محكات اضطراب الضغوط التالية للصدمة (Miechenbaum, 1994, pp. 35-36).

وفيما يتعلق بأعراض الاضطراب وعدد هذه الأعراض، فقد لوحظ أن المحاربين يحققون المحكات الكاملة للتشخيص أي يوجد لديهم أكبر عدد من الأعراض، على حين يكشف ضحايا العنف في الجمهور العام عن عدد أقل من الأعراض (Meichenbaum, 1994, p.56).

وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة ليس هو التشخيص الوحيد الذي يرتبط بالتعرض للحوادث الصدمية، وعلى سبيل المثال فإن تشخيصات: الاكتئاب الأساسي، وسوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه، وسوء استخدام العقار أو الاعتماد عليه، والمخاوف تكشف جميعا عن ارتفاع واضح (ضِعف المعدل على الأقل)، وذلك لدى المستجيبين من الجمهور العام الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي كما قورنوا بعينة ضابطة لم يقرر أفرادها تعرضهم للاعتداء الجنسي (Green, 1995).

ب - القلق

القلق Anxiety انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد، وعدم راحة أو عدم استقرار، مع إحساس بالتوتر والشد، وخوف دائم لا مُسَوِّغ له، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، مع استجابة مسرفة مبالغ فيها لمواقف لا تتضمن خطراً حقيقياً؛ إذ هو استجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ ومواطن خطورة.

ويتسم المصابون بالقلق - سواء أكانوا أطفالاً أم كباراً - بواحدة أو أخرى من الخصائص الآتية:

١ - الحساسية الزائدة.

٢ - عدم النضج الانفعالي.

٣ - نقص الثقة في النفس.

٤ - الخشية من المواقف الجديدة.

٥ - المخاوف المرضية غير الواقعية.

٦ - نقص المهارات الاجتماعية.

٧ - توقع حوادث سيئة.

٨ - الخوف من الامتحانات.

٩ - شعور غامر بالنقص وعدم الكفاءة.

١٠ - القابلية المرتفعة للانزعاج.

١١ - الصداع.

١٢ - الأحلام المزعجة أو الكوابيس.

١٣ - الشكوى من أعراض عضوية عديدة.

١٤ - الشعور بالتعاسة.

١٥ - العصبية والتوتر.

١٦ - الوساوس.

١٧ - سوء الصحة الجسمية.

جـ - الخوف المرضي

الخوف المرضي أو الرُّهب Phobia انفعال مسرف عنيف، يتراوح بين الضيق أو عدم السرور حتى الرهبة والهلع. والرهب أيضا أرجاع انفعالية غير تكيفية (من الضيق حتى الهلع) تحدث استجابة لمنبهات لا تثير الخوف لدى الأسوياء من البشر. ويصاحب انفعال الخوف المرضي تغيرات فيزيولوجية وشعورية وتعبيرية، وينجم عنه استجابات حركية أو تجنبية. والمنبهات المثيرة

للخوف المرضي كثيرة (انظر: Abdel-Khalek, 1994) من بينها:

١ - البرق.
٢ - الرعد.
٣ - الحشرات الزاحفة.
٤ - الأماكن الطلقة الواسعة.
٥ - الأماكن المغلقة.
٦ - الطائرات.
٧ - الموت.
٨ - الدم.
٩ - الغرباء.
١٠ - القطط.
١١ - الظلام.
١٢ - المقابر.
١٣ - الزحام.
١٤ - أطباء الأسنان.
١٥ - التعرض للنقد.
١٦ - الفشل.
١٧ - تجاهل الآخرين.
١٨ - الوحدة.
١٩ - التحدث أمام الجمهور.
٢٠ - تحمل المسؤولية.

د - الاكتئاب.

الاكتئاب Depression حالة انفعالية دائمة نسبياً من الحزن والانقباض والضيق، مع شعور بالهم والغم وهبوط القوى الحيوية ونقص الدافعية، وتوجد هذه الحالة الوجدانية المداومة نسبياً على درجات تبدأ من الشعور البسيط بالحزن والتشاؤم، مروراً بالأسى والكآبة والعجز، حتى مشاعر القنوط والجزع واليأس ومحاولة الانتحار، ويصاحب هذه المشاعر عادة الافتقار إلى المبادأة والكسل وفتور الهمة والتردد والأرق وفقد الشهية وغيرها.

ومن أهم أعراض الاكتئاب وخصائصه ما يلي:

١ - الشعور بالحزن والكآبة والأسى.
٢ - اليأس والعجز وقلة الحيلة وخيبة الأمل.
٣ - التشاؤم وانخفاض المعنويات.

٤ - الضجر والسأم والملل.
٥ - الحط من قدر الذات ولومها.
٦ - كره الذات والشعور بأنه لا يحبها أحد.
٧ - فقد الشهية وتناقص الوزن.
٨ - بطء الحركة وتأخر الاستجابة.
٩ - الانسحاب الاجتماعي والشعور بالوحدة.
١٠ - الأفكار الانتحارية.
١١ - اضطراب النوم.
١٢ - التردد وعدم الحسم.
١٣ - كثرة البكاء.
١٤ - تناقص الدافع الجنسي.
١٥ - الخمول والكسل والشعور بالتعب.
١٦ - الشعور بالذنب.
١٧ - فقد الحماسة.
١٨ - الشعور بالفشل.

* * *

الفصل الرابع
معدلات انتشار الأحداث الصدمية واضطرابها

تمهيد

١ - الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط.

٢ - معدلات انتشار الحوادث الصدمية.

أ - دراسات عامة.

ب - دراسة «برسلو» وصحبه.

جـ - دراسة «فران نوريس».

د - دراسة «ريزنيك» وصحبها.

هـ - دراسة «كيلپاترك» وصحبها.

و - دراسة الدليل التشخيصي الرابع.

٣ - معدلات انتشار اضطراب الضغوط.

٤ - استعراض «جرين» لعدد من الدراسات.

٥ - الفروق بين الجنسين في معدلات حدوث الحوادث الصدمية.

٦ - الدراسات الطولية لاضطراب الضغوط.

٧ - أسباب الاختلاف بين الدراسات في معدلات انتشار الاضطراب.

الفصل الرابع

معدلات انتشار الأحداث الصدمية واضطرابها

تمهيد

لم ينتظر علماء النفس أو الأطباء النفسيون تسجيل حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة من خلال ما يرد من هذه الحالات إلى العيادات النفسية طلباً للعلاج أو مراكز التدخل في الأزمات Crisis Intervention، بل إنهم اهتموا بإجراء مسوح عامة أو تقديرات لمعدلات انتشار Prevalence Rates هذا الاضطراب لدى الجمهور العام على ضوء الدراسات الوبائية Epidemiological. ودرسوا كذلك معدلات انتشار التعرض للحوادث الصدمية.

ويقدم هذا الفصل أهم الدراسات التي تحدد معدلات انتشار كل من الحوادث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة، تبعاً لأهم الباحثين في الميدان مثل: «هيلزار، وبرسلو، ونوريس، ورزنيك، وكيلپاتريك، وجرين»، فضلاً عن الدراسة المهمة التي اعتمد عليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عام ١٩٩٤ عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، ثم بيان الفروق بين الجنسين في معدلات حدوث الحوادث الصدمية، والدراسات الطولية للاضطراب، وأخيراً بيان أسباب الاختلاف بين نتائج الدراسات في هذا الميدان. ونبدأ بالتفرقة بين الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط.

١ - الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط

يتعين التفرقة - بادئ ذي بدء - بين الحادث الصدمي واضطراب الضغوط التالية للصدمة، فالحادث الصدمي موقف غير عادي عنيف، وظرف شاذ لم يعتد عليه الإنسان، يتسم بالقوة والشدة وإمكانية تهديد حياة الإنسان أو ذويه وممتلكاته، ويعمل هذا الحادث الصدمي عمل المنبه الضاغط، ويترتب عليه تأثيرات سلبية وأعراض مرضية. أما اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD

فهو الاستجابة غير السوية لهذا الحادث غير الطبيعي. ويتسم هذا الاضطراب بأعراض وعلامات محددة.

وما يجب التأكيد عليه - من ناحية ثانية - أنه ليس كل من يتعرض لحادث صدمي يصاب بهذا الاضطراب المحدد. ومن البدهي أن نذكر أن النسب المئوية لمن يتعرضون للأحداث الصدمية تفوق بكثير النسب المئوية لمن يصابون باضطراب الضغوط التالية للصدمة، فنسب الأخيرة أقل من الأولى دائما. ذلك أن الصدمة أو الحادث الصدمي شرط للإصابة باضطراب الضغوط هذا، ولكنه شرط غير كاف إذ تتدخل عوامل أخرى تحدد من سيصابون بهذا الاضطراب ومن لا يصابون به ويتكيفون للموقف.

لقد ظهر أنه بعد الحادث الصدمي مباشرة تحدث أعراض حادة Acute، ولكن بمرور الوقت يحدث تحسن أو شفاء لهذه الأعراض، ويقل عدد الحالات التي تشخص باضطراب الضغوط الحاد ASD (وهو تشخيص للحالات في الأسابيع الأربعة الأولى). ولا يوضع تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD إلا إذا دامت الأعراض شهراً كاملاً. وتشير نتائج دراسات كثيرة إلى أن «حوالي ربع عدد الأشخاص الذين يواجهون صدمة يصابون باضطراب الضغوط التالية للصدمة (Hollander *et al.*, 1994, p.546)، يشفى إذن ثلاثة أرباع من تعرضوا لصدمة بعد وقت ما طال أو قَصر.

واعتماداً على التفرقة بين الحادث الصدمي واضطراب الضغوط التالية للصدمة فلا بد أن تتفاوت معدلات الانتشار بينهما، وهو ما نعرض له في الفقرات التالية بدءاً من الحادث الصدمي.

٢ - معدلات انتشار الحوادث الصدمية

أ - دراسات عامة

من النتائج اللافتة للنظر ما يذكره «ميتشنباوم» - نتيجة عدد من الدراسات -

أنه يتعرض للجريمة نسبة تتراوح بين ٤٠٪ و٧٠٪ من الأفراد في الولايات المتحدة (Meichenbaum, 1994, p.29). لقد بينت البحوث الحديثة أن ما يقرب من ثلاثة أرباع الجمهور العام في الولايات المتحدة معرضون للأحداث الصدمية خلال حياتهم، بحيث يحققون معيار الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة (Green, 1995).

وأوردت دراسة أمريكية أخرى أن ٥٤٪ من عينة بلغت ٣٨٠٠ من طالبات الجامعة في ولايات متعددة قررن أنهن أصبحن ضحايا لشكل أو آخر من الجرائم الجنسية، وتُحقق ١٥٪ من هذه الخبرات المحكات القانونية التي تعدها جرائم اغتصاب (Green, 1995).

ب - دراسة «برسلو» وصحبه:

قابل «برسلو» وصحبه ١٠٠٧ راشدين أمريكيين مقابلة شخصية، وسألوا كل واحد منهم عن حدوث أي حادث صدمي (أعطيت لهم نماذج له) وقد اكتشفوا - لدهشتهم - أن أكثر من ثلث العينة (أو ٣٩,١٪ على وجه التحديد) قد خَبروا حادثا صدميا واحدا على الأقل طوال حياتهم. ومن أمثلة هذه الحوادث التي قرروها: إصابة فجائية، حادثة خطيرة، اعتداء جسمي، مشاهدة موت شخص، أو إصابته إصابة خطيرة، أخبار عن موت مفاجئ أو إصابة خطيرة لأحد الأقارب أو الأصدقاء، الاغتصاب، الكوارث الطبيعية... وغير ذلك من الحوادث الصدمية (Freedy & Donkervoet, 1995).

جـ - دراسة «فران نوريس»:

درست «نوريس» Norris معدلات انتشار الحوادث الصدمية لدى عينة قوامها ألف من الراشدين الأمريكيين، من خلال مقابلة شخصية مقننة، وسألتهم عن خبرتهم مع الأحداث الصدمية خلال العام الماضي وطوال عمرهم، وقد مرت غالبية المفحوصين (٦٩٪) بخبرة حادث صدمي واحد على الأقل خلال حياتهم،

وكانت الحوادث كما يلي: السرقة، والاعتداء الجسمي، والاعتداء الجنسي، والموت المسرحي (الدرامي) لصديق حميم أو عضو من أعضاء الأسرة نتيجة حادث أو قتل أو انتحار، وحادث تحطم السيارة، والحرب، والحريق، وكوارث أخرى. وبالإضافة إلى ذلك قرر ٢١٪ من المستجيبين أنهم خبروا حادثاً واحداً على الأقل من الأحداث المذكورة خلال السنة الماضية (Norris, 1990, 1992).

د - دراسة «ريزنيك» وصحبها:

درست «ريزنيك» وصحبها عام ١٩٩٣ معدلات انتشار الحوادث الصدمية في دراسة حاسمة، ويكمن أحد جوانب القوة في هذه الدراسة في أن الاستجابات التي حصلت عليها اعتمدت على عينة احتمالية قومية قوامها ٤٠٠٩ راشدات أمريكيات (١٨ سنة وما فوقها). وتم سؤال المفحوصات عن مدى تعرضهن للحوادث الآتية: الاغتصاب، والتحرش الجنسي أو محاولة الاعتداء الجنسي، والاعتداء البدني، وقتل صديق حميم أو قريب، والحوادث الصدمية التي لا تتضمن جريمة مثل: الكوارث الطبيعية، والحوادث الخطيرة، والإصابات الخطيرة، والمواقف المهددة للحياة... وأي حادث صدمي غير عادي (انظر: Freedy & Donkervoet, 1995).

وقرر ٦٨,٩٪ من أفراد هذه العينة أنهم واجهوا حادثاً صدمياً أو أكثر طوال عمرهم. وقرر ٣٥,٦٪ من أفراد العينة أنهم خَبروا حادثاً واحداً على الأقل من الأحداث التي تعد جرائم خلال حياتهم.

هـ - دراسة «كيلپاترك» وصحبها:

أما «كيلپاترك» وصحبها فقد درسوا (٣٩١) امرأة أمريكية راشدة عام ١٩٨٧. وكان أكثر من ٧٥٪ من أفراد العينة ضحايا جريمة واحدة على الأقل، وقررت الغالبية أنهن تعرضن لجرائم متعددة. وكانت معدلات الانتشار خلال الحياة كما يبينها جدول (٩).

جدول (٩): معدلات انتشار الحوادث الصدمية لدى (٣٩١) امرأة أمريكية راشدة

النسبة المئوية	الحادث الصدمي
٢٣,٣٪	اغتصاب كامل.
١٣,١٪	محاولة اغتصاب.
١٨,٤٪	تحرش جنسي كامل.
٤,٦٪	محاولة تحرش جنسي.
٣,٩٪	اعتداء جنسي آخر.
٩,٧٪	اعتداء عنيف.
٥,٦٪	سرقة.
٤٥,٣٪	السطو على المنزل ليلا.

و - دراسة الدليل التشخيصي الرابع:

أُجريت هذه الدراسة لتحديد انتشار الأحداث الصدمية طوال الحياة لدى عينة مختلطة من الراشدين الذين يبحثون عن العلاج ومن لا يبحثون عنه. وقد أجريت هذه الدراسة بوصفها محاولة ميدانية عملية لتحديد محكات أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي DSM-IV (APA, 1994). واشتملت العينة على ٥٢٨ فرداً من عمر ١٥ سنة وما فوقها. وتم سؤال المفحوصين عن حدوث الأحداث التالية لهم: جريمة اغتصاب كاملة، وأي اعتداء جنسي آخر، واعتداء بدني خطير، وأي جريمة عنف أخرى، وموت نتيجة القتل لأحد أفراد الأسرة أو صديق حميم، وحوادث خطيرة، وكارثة طبيعية أو من صنع البشر، والحرب العسكرية.

وكانت نتائج هذه الدراسة لافتة للنظر، فقد قررت الغالبية العظمى من العينة (٨٦,٤٪) أنهم خبروا حادثا صدميا واحدا على الأقل خلال حياتهم، وفضلا عن ذلك فقد قرر ثلثا العينة تقريبا (٦٤,٣٪) أنهم خبروا أكثر من حادث صدمي خلال حياتهم. وقد حدث الحادث الصدمي الأول لـ (٧٤,٥٪) قبل سن

الثامنة عشرة. ويستنتج من هذه الدراسات أن الأحداث الصدمية تحدث بتكرار كبير خلال الحياة أكثر مما كان يُتوقع (Freedy & Donkervoet, 1995).

٣ - معدلات انتشار اضطراب الضغوط

في عام ١٩٨٧، قام «هيلزار» Helzer وزميلاه بدراسة وبائية، اعتمدوا فيها على مقابلات أجريت لأكثر من ٢٤٩٣ شخصاً، اختيروا ليكونوا عينة ممثلة لسكان الولايات المتحدة بوجه عام. واتضح أن هناك خمسة رجال لكل ألف، وثلاث عشرة امرأة لكل ألف من السكان قد حققوا المعايير التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في مرحلة ما من مراحل حياتهم. وكان السبب الأساسي عند الرجال هو حرب فيتنام، على حين كان السبب الأساسي عند النساء هو الاعتداء البدني كالاغتصاب، أو رؤية شخص يتعرض للأذى، أو يموت. وكانت أكثر الأعراض شيوعا هي الكوابيس، والتهيج العصبي، والنوم المضطرب. وكان الرجال والنساء الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديهم احتمال مضاعف لأن يصابوا ببعض الاضطرابات الأخرى بالمقارنة إلى الأشخاص الذين لم يعانوا منه، وكان أكثر الاضطرابات الأخرى المرتبطة باضطراب الضغوط هذا شيوعا هي اضطراب الوسواس القهري، والاكتئاب المزمن، واضطراب الهوس/ الاكتئاب (Wilson *et al.*, 1992, p.114).

وبينت الدراسات المجتمعية للصدمات واضطراب الضغوط أن ربع الأفراد - في المتوسط - الذين يتعرضون لصدمة يطورون اضطراب الضغوط بشكل كامل، ولكن النسبة في حالات الاغتصاب أعلى، فقد طور ٣٥٪ من النساء اللاتي اغتصبن، اضطراب الضغوط. على أن ضحايا الاغتصاب يحدث لديهن اضطراب الضغوط طول الحياة بمعدل ٨٠٪، ووجد أن معدل اضطراب الضغوط الذي يلي الاغتصاب ولمدة أسبوعين يبلغ ٩٤٪. وقدّر آخرون معدل حدوث اضطراب الضغوط طوال الحياة في الجمهور العام بمقدار ٩٪.

وقدّرت «نوريس» معدلات حدوث اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأفراد الذين تعرضوا لأحداث صدمية عبر مدى يتراوح بين ٥٪، و١١٪.

وفُحصت معدلات اضطراب الضغوط لدى الجنود الذكور الذين اشتركوا في حرب فيتنام في دراسة مسحية قومية تمت عام ١٩٩٠، فظهر أن ٣١٪ أصيبوا باضطراب الضغوط طوال الحياة، و١٥٪ مصابون في الوقت الراهن. وبالنسبة للنساء المحاربات تصل النسبة إلى ٢٧٪ طوال الحياة، و٩٪ حالياً. وتقدر معدلات حدوث اضطراب الضغوط لدى غير المحاربين بأنه ١,٢٪ عند الرجال، و٠,٣٪ لدى الإناث (Green, 1995).

وتصل معدلات انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD في الجمهور العام إلى المعدل نفسه تقريباً كما في الفصام، حيث يصل إلى ١٪ من السكان في أي وقت محدد، ونصف هؤلاء الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة تقريبا يطورون شكلاً مزمناً Chronic من الاضطراب وليس عابراً ولا زائلاً Transient، ومن ثم يعد اضطراب الضغوط مشكلة خطيرة في مجال الصحة النفسية (Scott & Stradling, 1992, p.1).

٤ - استعراض «جرين» لعدد من الدراسات

استعرضت «جرين» الدراسات النفسية والاجتماعية على الأحداث الصدمية، وأوردت النتائج التالية بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية:

١ - ٣/ ٤ (ثلاثة أرباع) الجمهور العام في الولايات المتحدة تعرضوا لحادثٍ ما في حياتهم، بحيث يحقق هذا الحادث محك الضغوط الوارد في اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٢ - استمر ١/ ٤ (ربع) الأفراد الذين تعرضوا لحوادث صدمية في تطوير الأعراض الكاملة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة (وينتج عن الاغتصاب أعلى معدلات اضطراب الضغوط).

٣ - استمر ١/ ٢ (نصف) الذين طوروا اضطراب الضغوط التالية للصدمة في إصابتهم به عدة عقود بعد ذلك دون علاج.

٤ - تتناقص معدلات الإصابة باضطراب الضغوط عادة بمرور الزمن، وحتى دون تلقي علاج، ولكن هذا التناقص في المعدلات - في الحوادث التي يسببها البشر - قد لا يعود بالشخص إلى المستويات السوية.

٥ - ١/ ٢ (نصف) الذين عولجوا قد يظلون يحققون المحكات الكاملة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة على الرغم من الانتهاء من هذا العلاج.

٦ - تتضمن التشخيصات الأخرى المرتبطة بالتعرض للحوادث الصدمية كلاً من: الاكتئاب الأساسي، وسوء استخدام المواد ذات التأثيرات النفسية، والمخاوف المرضية، والهلع، فضلاً عن الآثار غير المواتية أو المعاكسة Adverse، والاستخدام المرتفع للخدمات الطبية.

٧ - تعد شدة التعرض للحوادث الصدمية عامل خطورة لتطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتشتمل عوامل الخطورة الأخرى: انخفاض التعليم، وانخفاض الطبقة الاجتماعية، والأعراض الطبية النفسية الموجودة سلفا، وكذلك التشخيصات والصدمات السابقة، والتاريخ الأسري المتضمن مشكلات طبية نفسية، والتعرض لحوادث صدمية متعددة.

وتعني هذه الاستنتاجات العامة - من بين ما تعني - أن التعرض للصدمة عامل ضروري - ولكنه غير كافٍ - كي يحدث اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وأن حدوث اضطراب الضغوط بعد الحادث الصدمي هو الاستثناء وليس القاعدة (Meichenbaum, 1994, p.23).

٥ - الفروق بين الجنسين في معدلات حدوث الحوادث الصدمية

هناك فروق بين الجنسين في أنواع الصدمات التي يمكن أن يتعرضوا لها، ففي حين أن القتال (الحرب) ومشاهدة إصابة شخص أو موته هما السببان الرئيسان لدى الرجال، فإن الهجوم البدني أو التهديد به (متضمنا الاعتداء الجنسي

والاغتصاب) يستوعب ما يقرب من نصف الصدمات لدى النساء (انظر: (Hollander, Simeon & Gorman, 1994, p.546).

وفي دراسة «كيلباتريك» Kilpatrick على عينة ممثلة من النساء فوق سن الثامنة عشرة في الولايات المتحدة ظهر أن ٦٩٪ قد تعرضن لحادثة صدمية في وقت ما من حياتهم.

إن الطائفة الكبيرة من الخبرات الصدمية التي تتعرض لها الإناث (كالاغتصاب والاعتداء الجنسي والبدني والجريمة والصدمات الأخرى) قد أدت إلى ارتفاع معدلات التعرض للأحداث الصدمية، ويقدر أن هناك ١١,٨ مليون امرأة راشدة في الولايات المتحدة قد خبرن اضطراب الضغوط التالية للصدمة في مرحلة ما من حياتهم، كما قدر أن ٤,٤ مليون امرأة يعانين حاليا من اضطراب الضغوط. وقد مرت الغالبية العظمى من النساء الأمريكيات (٦٨,٩٪ على وجه التحديد) بنوع واحد على الأقل من الأحداث الصدمية خلال حياتهن كلها.

ومن بين الضحايا اللاتي مررن بخبرة الاغتصاب وتهديد الحياة والإصابة البدنية، فإن ٨٠٪ منهن تقريبا طورن اضطراب الضغوط. ويوجد أعلى معدل للإصابة باضطراب الضغوط طوال الحياة بين النساء اللاتي خبرن جريمة الاغتصاب الكاملة (٥٧٪ على التحديد).

وفضلا عن ذلك فإن الدراسات التي هدفت إلى قياس مختلف أنواع الصدمات بينت أن نسبة مرتفعة تبلغ من ٣٣٪ إلى ٥٤٪ ممن تعرضن لصدمة واحدة قد تعرضن أيضاً لحادث صدمي آخر.

وفيما يختص بتأثير الصدمة على كل من الرجال والنساء، فمن الممكن أن يُنظر إلى جنس الضحية لا على أنه محدد للخطر ذاته، بل بالأحرى على أنه عامل يرتبط بالتعبير النوعي عن الأعراض، فقد بينت «جرين» أن النساء يكشفن عن خطورة أعلى للإصابة بالقلق والاكتئاب، في حين أن الرجال لهم معدل خطورة أعلى لسوء استخدام العقاقير واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

واستنتج باحثون آخرون أن الذكور لهم معدل خطورة أعلى للتعرض للحوادث الصدمية، ولكن بمجرد تعرض الإناث للحوادث الصدمية فإنهن يقعن في خطورة أكبر لتطوير اضطراب الضغوط، ويزداد احتمال حدوث الحوادث الصدمية للرجال في الحرب وحوادث السيارات والهجوم البدني، على حين يزداد احتمال حدوث الحوادث الصدمية للنساء في الاعتداءات الجنسية (الاغتصاب وسوء الممارسة الجنسية في الطفولة).

ويتضايق النساء ويتألمن أكثر من الرجال عند مشاهدة الإصابات العنيفة والوفيات، وعندما تحدث الكوارث فإن النساء لديهن ميل أكبر لاختيار عبارات التقرير الذاتي التي تعكس خوفاً وألماً وضيقاً أكثر من الرجال. كما تقرر النساء حدوثاً أكبر للأعراض النفسية وبخاصة القلق والاكتئاب، على حين يُظهر الرجال عدداً أكبر من الزيارات إلى الطبيب، والأعراض البدنية، ودخول المستشفى، وحب الشجار، واستخدام الكحول.

وتكشف النساء كذلك عن حساسية أكبر تجاه الضغوط الواقعة على الآخرين، كما تزداد دعوة النساء عادة لتقديم الدعم الانفعالي، وفضلا عن ذلك فإن قلق القرين أو اكتئابه يضايق النساء بصورة خطيرة أكثر من الرجال.

وهناك فرق آخر مهم بين الجنسين، وهو متعلق بالراحة الناتجة عن الإفصاح عن الذات أو التعبير عنها، وتستفيد النساء بوجه عام أكثر عند التحدث مع الآخرين عن الموضوعات الشخصية، وذلك بالمقارنة إلى الرجال. ولدى الرجال رغبة أقل في التنفيس عن مشاعرهم وأفكارهم، ويشعرون براحة أقل عند الكشف عن معلومات حميمة وشخصية جدا للآخرين(Meichenbaum, 1994, pp. 29-30).

٦ - الدراسات الطولية لاضطراب الضغوط

الدراسات الطولية Longitudinal على اضطراب الضغوط التالية للصدمة قليلة فعلا، ومع ذلك تشير الدراسات القليلة المتاحة إلى أن سير Course هذا الاضطراب يمكن أن يكون مستمراً لمدة طويلة جداً دون تدخل علاجي. وكشفت

الدراسة القومية التي أجريت على محاربي فيتنام أن ٣١٪ من عينة الجنود الذكور لديهم اضطراب الضغوط المرتبط بالحرب في مرحلة معينة من تاريخهم. واستمر نصف هؤلاء الجنود (١٥٪) في تحقيق المحكات الكاملة للاضطراب لمدة عشرين عاماً أو نحوها بعد الحرب، أما الأرقام المقابلة بالنسبة لعينة المحاربات فكانت ٢٧٪، و٩٪ على التوالي (Green, 1995).

وقد بينت دراسة أخرى على أسرى الحرب العالمية الثانية أن معدل اضطراب الضغوط لديهم طوال الحياة بلغ ٥٠٪، والمعدل الحالي وصل إلى ٢٩٪. ويشير ذلك - مرة ثانية - إلى أن نصف الأفراد الذين طوروا اضطراب الضغوط ما يزالون يعانون منه بعد عقود تالية من حدوثه (ولكن نسبة النصف هذه وصلت إلى الثلث في دراسة على الناجيات من جريمة الاغتصاب).

وفي دراسة على ٩٥ امرأة من ضحايا الاغتصاب اللاتي حُولن عن طريق الشرطة وعيادات الطوارئ والعاملين في مجال الصحة النفسية، ظهرت معدلات اضطراب مرتفعة عبر الزمن، كما يتضح من جدول (١٠).

جدول (١٠): معدلات اضطراب الضغوط عبر الزمن

النسبة المئوية	معدل الاضطراب
٩٤٪	حققن المحكات الكاملة للاضطراب في أسبوعين.
٦٥٪	المعدل الحالي للاضطراب بمرور شهر.
٥٣٪	المعدل الحالي للاضطراب بمرور شهرين.
٤٧٪	المعدل الحالي للاضطراب بمرور ثلاثة شهور.
٤٧٪	المعدل الحالي للاضطراب بمرور تسعة أشهر (معدل ٣ شهور نفسه).

وقد دُرست معدلات الاضطراب الناجمة عن اعتداء إجرامي غير متصل بالجنس (متضمناً السرقة) وظهرت المعدلات التي يوضحها جدول (١١).

جدول (١١): معدلات الاضطراب الناجمة عن اعتداء إجرامي غير متصل بالجنس

النسبة المئوية	معدل الاضطراب
٦٥٪	كشفوا عن الاضطراب في الأسبوع الأول.
٣٧٪	حدث اضطراب الضغوط لديهم بمرور الشهر الأول.
٢٥٪	حدث اضطراب الضغوط لديهم بمرور الشهر الثاني.
١٢٪	حدث اضطراب الضغوط لديهم بمرور ستة شهور.
صفر٪	بمرور تسعة شهور لم يكن الاضطراب لدى أي من الضحايا.

وقد ترجع الفروق بين الدراستين السابقتين إلى طبيعة الحادث الصدمي. والاستنتاج العام من عدد من الدراسات أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة اضطراب يدوم مدة طويلة لدى كثير من الأفراد. وهناك نسبة تصل إلى النصف ممن يطورون اضطراب الضغوط سيستمرون في الإصابة به مدة عقود تالية دون علاج، ومن ناحية أخرى فإن معدلات اضطراب الضغوط تتناقص عادة بمرور الزمن، وتشير إلى شفاء بعض الحالات. ومن الشائق أن نشير أيضاً إلى أن شدة العجز المرتبط باضطراب الضغوط تتناقص كذلك بمرور الزمن.

وفيما يختص بآثار علاج اضطراب الضغوط، فعلى الرغم من أن الدراسات بينت بوجه عام أن العلاج فعال، فقد ظهر أن النصف تقريباً من المرضى الذين عولجوا ما يزالون يحققون المحكات الكاملة لاضطراب الضغوط عند الانتهاء من العلاج (Green, 1995).

٧ - أسباب الاختلاف بين الدراسات في معدلات انتشار الاضطراب

من الأهمية بمكان أن نشير فيما يختص بمعدلات الانتشار هذه إلى أن هناك كثيراً من الاختلاف بالنسبة لمعدلات الانتشار ومعدلات الحدوث لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، والنتائج الثانوية Sequelae التي تلي التعرض للحوادث الصدمية، ويرجع هذا الخلاف في جانب منه إلى استخدام الباحثين لعينات مختلفة

(المجتمع، جمهور من لا مسكن لهم، عينات إكلينيكية... إلخ)، فضلا عن اختلاف المعايير أو المقاييس المستخدمة لتقدير كل من التعرض للصدمة وآثارها.

ومثال ذلك أن «هيلزار» Helzer وصحبه قدروا أن هناك ١٪ فقط من الجمهور العام يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، على حين قدرت «نوريس» Norris هذه النسبة بأنها ٧٪ من الجمهور العام، وذكر «ريجيار» Regier وصحبه أن معدل انتشار الضغوط طوال الحياة يبلغ ٩,٢٪ في أحد مجتمعات «ديترويت»، وورد في الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV للأمراض النفسية أن الدراسات المجتمعية كشفت أن انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عبر الحياة يتراوح بين ١٪، و١٤٪، وأن هذا الاختلاف في المعدلات يحدث نتيجة لاختلاف طرق القياس والمجتمع الذي استقى منه العينة.

ومن ناحية أخرى فإن الأفراد المعرضين لخطر الإصابة At risk باضطراب الضغوط (كالجنود المحاربين، وضحايا الثورات البركانية، والعنف الإجرامي...) لديهم معدلات انتشار تتراوح بين ٣٪، و٥٨٪ (Meichenbaum, 1994, p.22).

وتختلف معدلات انتشار الحوادث من دراسة إلى أخرى، ويرجع ذلك إلى العوامل الأربعة الآتية:

١ - تعريف الحادث.

٢ - العينة أو المجتمع الذي تمت دراسته.

٣ - نوع الأسئلة: مفتوحة النهاية أو مغلقة محددة.

٤ - طريقة المقابلة: شخصياً أو عن طريق التليفون.

والحقيقة أنه ليست كل الأحداث الصدمية تحقق محكات اضطراب الضغوط التالية للصدمة لكل فرد. ومع ذلك فمن الملاحظ أن التعرض للحوادث الصدمية أمر شائع خلال حياة الفرد، إلا أن قليلاً من هؤلاء الأفراد يطورون اضطراب الضغوط نتيجة تعرضهم لهذه الأحداث، على العكس من غالبية الأفراد (Green, 1995).

* * *

الفصل الخامس

التغير المعرفي في أثناء الأزمات

تمهيد

١ - المخطط المعرفي.

٢ - العالم الافتراضي.

٣ - الافتراضات الأساسية.

أ - العالم خيِّر.

ب - العالم له معنى.

جـ - الذات جديرة بالتقدير.

٤ - الأزمات ودحض الفروض.

٥ - الأحداث التي تهدم الافتراضات.

٦ - خواص الأحداث التي تهدم الافتراضات.

٧ - القابلية للجرح بوصفها تغيراً معرفياً.

٨ - إعادة بناء الافتراضات.

٩ - عالم واقعي بالنسبة للضحية.

الفصل الخامس

التغير المعرفي في أثناء الأزمات

تمهيد

ينجم عن الحادث الصدمي Traumatic event آثار مختلفة نفسية وجسمية ومعرفية Cognitive، ويحدث تغير معرفي أساسي لدى الفرد المصدوم. وهذا التغير المعرفي الذي نفترض حدوثه في عقل الإنسان متصل بما يمكن أن نسميه: فساد الاعتقاد، أو دحض الفروض، أو هدم المسلمات، أو شرخ الافتراضات، أو إفلاس البدهيات. وتفصيل ذلك كما يلي:

يحمل كل فرد منا - في عالمه الداخلي - أفكاراً عن نفسه وعن العالم الخارجي، وهذه الأفكار افتراضات أساسية يفترضها الفرد ويُسلِّم بصدقها، وتوجه كلاً من سلوكه اليومي وأفكاره عن نفسه والعالم الخارجي. وتظل هذه الافتراضات سارية المفعول يعتقد الفرد فيها، ويسلم بصحتها ما دام لم يحدث ما يدحضها، أو يهدم اعتقاده فيها.

ويحدث دحض الفروض في أحوال محددة وظروف خاصة ولأسباب معينة، وأهم تلك الأحوال والظروف والأسباب حدوث كارثة أو مصيبة أو أزمة Crisis تكسر الإيقاع السويّ للحياة الإنسانية، وتعد خارج نطاق الخبرة البشرية العادية، ويتفق البشر جميعاً على أنها حقاً كارثة ورزية أي مصيبة. وينشأ عن هذه الكارثة عادة ضغط شديد على الإمكانات التكيفية للإنسان، فيسقط طائفة من الناس فريسة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ويعرض هذا الفصل المخطط المعرفي، والعالم الافتراضي، والافتراضات الأساسية لدينا، ودحضها أو نفيها نتيجة للحادث الصدمي، مع بيان أنواع الأحداث التي تهدم الافتراضات، وخواص هذه الأحداث، والجراح النفسية التالية للصدمة بوصفها تغيرا معرفيا، ثم إعادة بناء الافتراضات، حتى يتجه الضحية نحو عالم جديد. ونعرض فيما يلي للمخطط المعرفي.

١ - المخطط المعرفي(*)

يشير مصطلح «معرفي» Cognitive إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير، وما يرتبط به من تذكر وإدراك واستدلال وحكم ووعي للعالم الخارجي، وتداول المعلومات، وتخطيط أنشطة العقل البشري. . . ، وغير ذلك. ويشتمل السلوك المعرفي Cognitive behaviour على الأفكار والمعتقدات، والتي يظل كثير منها خصوصية ذاتية، واتساقاً مع ذلك يرى المعرفيون أن اضطراب السلوك راجع إلى افتراضات خاطئة أو عمليات فكرية غير صائبة، ولذا فإن أهم طرق العلاج المعرفي لاضطرابات السلوك مساعدة الشخص المضطرب على أن يغير من الطريقة التي يفكر بها في الحياة. ويرى «آرون بيك» Beck أن الأشكال الثلاثة للتفكير السلبي جوانب محددة في كل من: خبرات الفرد، وفكرته عن نفسه، ووجهة نظره إلى المستقبل. وتسمى هذه الجوانب المثلث المعرفي Cognitive triad.

ويشير المخطط Schema إلى خطة أو تخطيط أو تركيب أو إطار للعمل أو برنامج. . . إلخ. ويتركز الافتراض الذي يكمن وراء كل هذه المصطلحات في أن المخططات Schemata المعرفية خطط عقلية مجردة تساعدنا بوصفها مرشداً للفعل، وباعتبارها تراكيب أو أبنية لتفسير المعلومات، وأطر منظمة لحل المشكلات (انظر: Reber, 1995, p.689).

والمخطط كذلك نوع من الخريطة العقلية Mental Map أو التركيب العقلي الذي ينظم المعلومات عن العالم، ويتكون من مجموعة من خصائص المنبهات

(*) تطور العلم المعرفي Cognitive Science في العقود الأخيرة بوصفه مجالا مشتركا بين عدد من التخصصات هي: علم النفس المعرفي، والذكاء الاصطناعي، واللغويات، وعلوم الأعصاب، والأنثروبولوجيا، والفلسفة. ويهتم علم النفس المعرفي بدراسة التراكيب العقلية والعمليات العقلية (Stein, 1992, p.4)، كما يحاول أن يفهم طبيعة الذكاء الإنساني وكيف يفكر الإنسان (Anderson, 1990, p.2). وينظر إلى العقل على أنه جهاز لتداول المعلومات Information Processing، بحيث يجري العمليات الآتية على كل من المعلومات والسلوك: اختيار، تحويل، إعادة ترميز، تخزين، استرجاع، تكوين. وتمثل الثورة المعرفية الآن نموذجاً Paradigm غلاّباً وسائداً في علم النفس العام (Stein, 1992, pp.3-4).

المختزنة في الذاكرة، أو تمثيل مجرد للأحداث والموضوعات والعلاقات في الحياة الواقعية، ولقد برهنت البحوث النفسية على أهمية العمليات المعرفية في كل من حالات الصحة والمرض، كما دللت على أن المخطط المعرفي له دور كبير في سلوك الإنسان. ويرتبط المخطط بعالم نفترضه، وهذا العالم من صنعنا.

٢ - العالم الافتراضي

لدى كل منا افتراضات يسلم بصدقها، ومخططات يفترض صوابها، وترجع أهمية هذه الافتراضات إلى أنها توجه سلوكنا اليومي، وتؤثر في أفكارنا، ولها دخل كبير في اعتقاداتنا، وقد ناقش عدد قليل من العلماء الاجتماعيين والنفسيين بطريقة صريحة هذه الافتراضات الأساسية عن أنفسنا وعن العالم.

ويرجع الفضل إلى عالمة النفس «روني جانوف - بولمان» Janoff Bulman في توضيح هذه الافتراضات الأساسية، وقبل تفصيل القول عن رأيها نورد آراء بعض العلماء والباحثين في هذا الصدد. فقد استخدم «باركس» C. M. Parkes عبارة «العالم الافتراضي» Assumptive World للإشارة إلى وجهة نظر الناس للحقيقة، أو «اعتناق مجموعة من الافتراضات عن العالم، وعن الذات التي يصونها الإنسان بدقة، ويحتفظ بها بثقة. ويستخدمها بوصفها وسيلة للمعرفة والتخطيط والتصرف، وافتراضات كهذه متعلمة، وتؤكدها خبرة السنين الطوال».

أما الطبيب النفسي «جون بولبي» Bowlby فقد كتب عن «نماذج العمل» Working Models أو النماذج المتبناة التي يكونها الناس عن أنفسهم وعن العالم، والتي تستخدم لإدراك الأحداث ووضع الخطط والتنبؤ بالمستقبل. في حين يشير «بيتر موريس» Morris عالم الاجتماع إلى «تراكيب المعنى» Structures of Meaning التي نحملها ونعتقد فيها، وهي مبادئ أساسية تعد مجردة Abstract بما فيه الكفاية حتى إنها تطبق على أية حادثة نواجهها، والتي نجعل الحياة بوساطتها مفهومة وواضحة بشكل مستمر.

وفي الإطار العام نفسه كتب «سيمور إبشتاين» Epstein عالم النفس ما يشير صراحة إلى أن كل واحد منا يطور - دون قصد - نظرية شخصية عن الواقع Reality، تتضمن نظرية عن الذات ونظرية عن العالم. وهي نظرية شخصية عن

الواقع لا توجد خلال الوعي الشعوري، ولكنها تكمن في نسق المفاهيم قبل الشعورية، والتي تعد - بشكل آلي - تراكيب لخبرات الشخص التي توجه سلوكه.

أما «جوزيف ساندلر» Sandler الطبيب النفسي فقد وصف - من منظور مختلف تماما - ما أسماه «العالم التصويري أو التمثيلي» Representational World، وهو مجموعة من الانطباعات المنظمة والدائمة التي تُنتخب من الخبرة التي تقوم بدور الخريطة المعرفية Cognitive Map، أو المخطط كما أسلفنا في الفقرة الأولى (راجع: Janoff-Bulman, 1992, p.4).

وتفصل «جانوف - بولمان» في المرجع نفسه الفكرة ذاتها إذ تقول: إن هناك شبكة من النظريات أو الاعتقادات التي تشكل عالمنا الافتراضي، وبعض هذه الافتراضات أساسية ومركزية بالنسبة إلى بعضها الآخر، فإن افتراضين مثل: «أنا لاعب كرة جيد» أو «أنا عازف بيانو ماهر»، يختلفان عن الافتراضين القائلين: «أنا رجل أخلاقيّ ومهذب» أو «أنا شخص قادر على التنافس مع غيره». ونظرياتنا في هذا الصدد مرتبة ترتيبا هرمياً متدرجاً، مع كون أكثر الافتراضات جوهرية وأساسية، أكثرها تجريداً وعمومية، وأكثرها شمولاً في تطبيقها. وعلى الرغم من اختلاف المصطلحات المستخدمة في الآراء التي سبق عرضها، فإن هناك اتساقا بين هذه الأوصاف التي تشير إلى ظاهرة واحدة مؤثرة. يتكون العالم الافتراضي لكل منا إذن من فروض أساسية نعتقد صدقها، فما هذه الافتراضات؟

٣ - الافتراضات الأساسية(*)

يبدو أنه تتاح لدى كثير منا افتراضات أساسية ثلاثة، نعمل على هديها، ويمكن أن توجه سلوكنا. وهذه الافتراضات كما يلي:

١ - العالم خيِّر ومجبول على حب الخير Benevolence.

(*) تناسب هذه الافتراضات الثقافة الغربية، وتعتمد على مكتشفات علم النفس الحديث في هذه الثقافة الغربية. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفروض تختلف على ضوء الدين الإسلامي الحنيف، وبخاصة على أساس الإيمان بالقضاء والقدر. ومن الأهمية بمكان أن تطور هذه الافتراضات الإسلامية، ولعل ذلك مكانه في مقام آخر.

٢ - العالم له معنى وأحداثه ذات مغزى Meaning.

٣ - الذات إيجابية وجديرة بالتقدير Self - worth.

وفي هذا العالم الخيِّر الكريم أناس طيبون أخيار وعادلون، وأن العالم منظم ويمكن التنبؤ به (Janoff-Bulman, 1988, p.105). ولا يعتقد كل فرد في هذه الافتراضات الأساسية بطبيعة الحال، ومع ذلك يبدو أن معظم الناس - ما لم يحدث ما يهدم هذه الاعتقادات - يعتقدون في ذلك، ومن الملاحظ أن بعض الناس يقولون: «ولكني أعرف أن العالم سيئ وغير عادل، وهذا لا ينطبق عليَّ بالتأكيد». وهذا بالضبط ما ظهر أنه يحدث لضحايا الاغتصاب، فقد كانوا يُسَلِّمون بأن الاغتصاب يحدث، ولكنه «لا يمكن أن يحدث لهم بالذات». ولا يُقدِّر كثير من الأشخاص الأهمية الكبرى والدور الذي تقوم به مثل هذه الافتراضات في حياتنا الخاصة، فإن ما نفكر فيه أحيانا هو ما نعتقد فيه، ولكن ما نعتقده في الحقيقة أحيانا ليس هو نفسه الذي نفكر فيه. ونأتي الآن إلى تفصيل لهذه الافتراضات الثلاثة.

أ - العالم خيِّر:

يعتقد الناس عامة أن العالم مكان «جيد»، و«العالم» هنا مفهوم مجرد يشير إلى كل من الناس والأحداث، فعندما نفترض أن الآخرين خيّرون فإننا نعتقد أنهم طيبون شفِقون يعتنون بغيرهم ويساعدونهم، وعندما نفترض أن الأحداث خيّرة صالحة فإننا نعتقد في غلبة النتائج الإيجابية والحظ الحسن على النتائج السلبية والحظ العاثر.

وقد يسأل سائل: كيف نحتفظ بافتراضنا عن خَيْريّة العالم في مواجهة هذه المشكلات الكثيرة جداً، سواء أكان ذلك على المستوى القومي أم الدولي؟ ومن الشائق أن نلاحظ أن الأفراد يفرقون عادة بين نصيبهم (قَدَرِهِمُ) ونصيب العالم الأكبر. فالناس متفائلون جداً فيما يختص بمستقبلهم هم، وهذا هو الحال أيضا حتى عندما يكونون متشائمين بالنسبة للظروف السياسية والاقتصادية في العالم بوجه عام، وتأكيداً لذلك فقد أسفرت دراسات الباحثين عن تناقض واضح بين

نظرة الأمريكيين إلى حياتهم الشخصية (والتي ظلت إيجابية في عيونهم بشكل متسق) ونظرتهم القاتمة والكئيبة جداً لحال الأمة بأسرها.

ب - العالم له معنى:

يعتقد الإنسان أن أحداث العالم تحمل معنى، وأنها ذات مغزى، ولا يتضمن الافتراض الأساسي الذي نعتنقه عن المعنى اعتقاداً بسيطاً عن السبب في حدوث الأحداث في عالمنا، بل أكثر من ذلك: لماذا حدثت هذه الأحداث لأناس بالذات؟ إننا نبحث عن فهم لتوزيع الأحداث الخيرة والسيئة، وفي سبيل هذا «المعنى» فإننا نفترض اقتراناً طبيعياً بين الناس والأحداث التي تحدث لهم، أو علاقة بين الشخص وما يحدث له. فعندما يتحطم جسر ويموت عدد من الناس وينجو آخرون، فإن الإنسان يميل إلى أن يبحث في حياة هؤلاء الضحايا بما يجعل لموتهم معنى، وبالطريقة ذاتها فإنه يمكن أن يبحث أيضاً في حياة الناجين مما يجعل لحياتهم معنى.

جـ - الذات جديرة بالتقدير:

يتضمن هذا الافتراض تقويماً شاملا للذات، فنحن ندرك أنفسنا بوجه عام على أننا جيدون مقتدرون أخلاقيون، وتقتضي العدالة أن نُصدر أحكاماً على طباع الفرد، ويتضمن أحد أبعاد الجدارة الذاتية: تقدير الكفاءة الأساسية للشخص، وامتيازه وأدبه ولباقته وخلقه. . .، وغير ذلك. كما يتضمن هذ البعد (الجدارة الذاتية) تقدير الذات وتوقيرها واحترامها، فضلاً عن تقدير الحكمة الكامنة وراء أفعال الشخص وفعالية هذه الأفعال. ويتضمن تقدير الذات أحكاماً عن كفاءة الفرد، وترحيبه بالاشتراك في سلوكيات مناسبة ومقبولة.

ويميل الناس جميعاً - باستثناءات قليلة - إلى تقدير أنفسهم بشكل إيجابي جداً - فنحن نعُدّ أنفسنا مسؤولين عن النتائج الإيجابية والأحداث المرغوبة، ودليل ذلك أن الإنسان يميل إلى أن يتقبل المسؤولية عن النجاح (ويسترجعها أيضاً) أكثر

من الفشل، كما يميل إلى أن يُنكر مسؤوليته عن إيذاء الآخرين، وإلى أن يربط نفسه بالرابحين، مبتعداً عن التوحد بالخاسرين.

تفاعل الافتراضات الثلاثة:

اعتماداً على هذه الافتراضات الأساسية الثلاثة فإننا نعتقد أننا أناس طيبون، نعيش في عالم خيِّر: عالم له معنى. وتتعايش هذه الافتراضات الإيجابية الثلاثة معاً في القلب من عالمنا الافتراضي. وهي ليست اعتقادات ضيقة، ولكنها مفاهيم عريضة مجردة، ذات قوة انفعالية أيضاً. ولهذه الافتراضات جذور ضاربة في مرحلة الطفولة (Janoff-Bulman, 1992, pp. 6-12). وتتفاعل هذه الافتراضات الثلاثة معاً وتتكامل لتعطي الملامح التي نشاهدها على السلوك الصادر عن كثير من الناس. وغنيّ عن البيان أن لهذه الافتراضات تأثيراً غير قليل على سلوك الإنسان في كثير من الأحيان. فيميل جانب كبير من سلوك الإنسان إلى أن يصدر اعتماداً على درجة غير منخفضة من افتراض حسن النية وسلامة الطوية والخيرية، مع تغليب جوانب التفاؤل والاستبشار على التشاؤم وتوقع الشر. ولكن هل تسير الرياح دوماً بما تشتهي السفن؟

٤ - الأزمات ودحض الفروض

الحق أنه ليس كل ما يتمناه المرء يدركه، فلا تسير الرياح دائماً كما تشتهي السفن، ذلك أن الإنسان يُواجِه من المشكلات والصدمات والإحباطات ما يدحض هذه الافتراضات، ويبرهن على فساد هذه الاعتقادات، ويؤكد للإنسان في حالات كثيرة صدق عكس هذه المسلمات: فلا العالم خيِّر، ولا لأحداثه معنى، وليست ذواتنا دائما إيجابية، فكثيراً ما تحدث أحداث تسبب عدم احترامنا لها، بل أكثر من ذلك: احتقارنا إياها.

ولا بد أن يكون هدم هذه الافتراضات وبعثرة هذه المسلمات ناجماً عن أسباب وجيهة ومسوغات واضحة، ولا ريب في أن الأسباب والمسوغات ذات

نوعيات مختلفة، وعلى درجات متعددة؛ فإن حادثاً بسيطاً للسيارة نتجت عنه خسارة مادية يسيرة، يختلف كل الاختلاف عن تعرض الفرد للاعتداء البدني الشديد، وتجريده من كل ما يحمل (كما يحدث في بعض المدن التي تشتهر بانتشار العنف والعدوان في طرقها وبخاصة في الليل). موجز القول أن بعض الحوادث البسيطة تهز الافتراضات الأساسية لدينا، وتمسها مساً خفيفاً، ولكنها ما تفتأ حتى تعود إلى سابق العهد، على حين أن بعض الحوادث الأخرى العنيفة التي تواجهنا تزلزل هذه الافتراضات: تكسرها وتبعثرها، وقد تهدمها من أساسها، ويكون السؤال عندئذ: ما أهم هذه الأحداث التي تتسبب في فساد الاعتقاد ودحض الفروض؟

٥ - الأحداث التي تهدم الافتراضات

ليس من المتوقع أن تُهدم الافتراضات الأساسية الثلاثة نتيجة لأحداث عادية لها وقع خفيف على الإنسان، بل لا بد أنها تُكسر أو تُدحض لأسباب جسام، وحوادث غلاب كما ألمحنا. وتفصيل ذلك أن هناك حوادث جسيمة لا تسبب فقط اضطراباً عادياً للإنسان، بل تكسر الإيقاع السوي للحياة الإنسانية الطبيعية، فتدخل في باب الكوارث والمصائب والرزايا. ومثال ذلك: الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والفيضانات المغرقة والأعاصير المدمرة، والكوارث التكنولوجية كتسرب الإشعاع النووي نتيجة انفجار المفاعلات الذرية مثلا كما حدث في «تشيرنوبل» في روسيا، والحرائق المدمرة، وكذلك الحرب والأَسْر وما يحدث فيهما من فقد للحريات وتعدّ على الحرمات، وكذا التعرض للقصف بالقنابل ومعسكرات الاعتقال، هذا فضلا عن تحطم وسائل المواصلات الذي ينتج عنه حوادث خطيرة أو عاهات مستديمة، كسقوط الطائرات وتصادم القطارات وحوادث السيارات وغرق المركبات.

وهناك مصدر مهم - وهو خطير في الوقت نفسه - للكوارث التي تقطع الإيقاع الطبيعي للحياة الإنسانية، ومن ثم تكسر الافتراضات الأساسية التي

يعتنقها الأفراد، ونقصد بذلك الجرائم كالاعتداء البدني والضرب المبرِّح المؤذي والاغتصاب ومحاولة القتل، ويضاف كذلك إلى مصادر الضغوط التي تقع على الإنسان؛ الإرهاب والخطف والاحتجاز رهينة، والتعذيب والبتر والتشويه، وكذلك غشيان المحارم (أو مضاجعة ذوي القربى المحرمين على الشخص) وسوء ممارسة الأطفال والعنف الأسري.

ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بالأمراض الخطيرة التي تهدد الحياة كالسرطان مثلا تعد خبرة صدمية، وتؤكد البحوث أن ردود أفعال الأشخاص الذين شُخصوا بالسرطان متشابهة: يصاب الفرد بخوف عميق وشكّ بخصوص أشياء عديدة، والبيئة التي كانت - على الأقل - محتملة في السابق أصبحت الآن لا يمكن التنبؤ بها، وما برحت مصدر تهديد للفرد، لقد أصبح المريض يواجه فخاً أو شَرَكاً أو شبكة من المخاوف، بما فيها الخوف من الألم، ومن معاودة الأعراض، ومن التدهور المستمر، ومن الاعتماد على الآخرين، ومن الموت.

وفيما يتعلق بضحايا الاغتصاب - والاغتصاب حادث صدمي مروِّع - فإن الأمور والظروف التي كانت مألوفة تصبح مصدراً كبيراً للتهديد. وتشير كلمات امرأة كانت ضحية للاغتصاب إلى أهمية الاعتقادات السابقة لدى الضحية حيث قالت: «إنني أشعر بالعار وبالارتباك وبأنني حمقاء. إنني كنت أقول لنفسي دائما: إن المرأة يمكنها أن تَمنع أن تُغتصَب، ولم أكن أفكر مطلقا في أن ذلك يمكن أن يحدث لي».

إن جوهر الصدمة يتعلق بالتفكك الفجائي والحاد للعالم الداخلي للضحية، إن خبرات الحياة القاهرة والغلابة تجعل العالم الداخلي للضحية ينفصم ويتبعثر، وتُكسر الافتراضات الأساسية لدى الضحية؛ ولذا فإن من أهم نتائج الصدمة الاعتقاد بأن العالم خطر، وبأنه مهدّد وغير آمن، وتناقص الجدارة الشخصية، ونقص في توقير الشخص لنفسه، فضلاً عن مشاعر القلق والخوف، والاستجابات الفيزيولوجية المرتفعة والتنبه الزائد (Janoff-Bulman, 1988, pp.63-65).

ما الذي يجمع بين كل هذه الأحداث المتفرقة التي تكسر اعتقادات الإنسان وتدحض الفروض التي وضعها وتهدم المسلمات التي يسلم بصدقها؟

الجامع بين كل هذه الأحداث المتفرقة التي يعدها الإنسان كوارث أنها تفرض على الإنسان ضغوطا شديدة غير عادية؛ لأنها حوادث صدمية Traumatic Events، تنجم عنها خبرات عنيفة، تغمر حياة الإنسان غمرا، وتغرقها بانفعالات شتى، سلبية إلى حد بعيد، وتؤثر هذه الأحداث الصدمية على الإنسان تأثيراً عميقاً، ويدفع في مقابلها «ضريبة سيكولوجية» باهظة من ثمن فادح، وهو ما يصاب به من أعراض مُنَغِّصة وشكاوى جسمية ونفسية كريهة ومزعجة، وإنه لمقابل مرتفع وضريبة غير عادلة، من هدوء الأعصاب وراحة البال وسلام النفس واتزان الفكر. ونعرض فيما يلي لأهم صفات الأحداث الصدمية التي تكسر الافتراضات الأساسية لدى الإنسان.

٦ - خواص الأحداث التي تهدم الافتراضات

تُكسر الافتراضات الأساسية نتيجة للأحداث الصدمية التي يتعرض لها الإنسان كالحرب والاغتصاب والكوارث الطبيعية وغيرها كما أسلفنا، وتعد هذه الأحداث عناصر ضاغطة، وتتسم هذه الضواغط Stressors بخواص أساسية، ويمكن أن تحدث على صور وأشكال شتى، وقد تتخذ شكلا أو آخر مما يلي:

أ - تُعَدُّ تهديداً خطيراً لحياة الفرد.

ب - تُعَدُّ تهديداً خطيراً لسلامة أعضاء جسمه وحواسه.

جـ - تُعَدُّ تهديداً خطيراً لأطفال الشخص أو زوجه أو قريبه أو صديقه.

د - يمكن أن تتضمن التحطيم المفاجئ لمنزل الشخص أو مجتمعه.

هـ - مشاهدة شخص آخر يتعرض لإصابة خطيرة أو للقتل.

و - التعرض للعنف البدني (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, p.15).

كما تتسبب الأحداث الصدمية في الضيق والعنت لكل من يتعرض لها.

ولقد كان الباحثون والممارسون - حتى وقت قريب - يفهمون تأثير الحادث الصدمي ويدرسونه - مستقلاً - في إطار كل نوع من أنواع الضحايا Victims التي تتعرض له وتصاب به، ولكن كشفت دراسة تقارير معينة وتحليلات متعددة عن جوانب اتفاق في الخبرة النفسية التي تشيع بين أنواع مختلفة من ضحايا الكوارث أو الحوادث الصدمية على اختلافها.

ولكن اتفاق الخبرة النفسية بين ضحايا الكوارث على الرغم من اختلاف أنواعها لم يؤثر في التصنيف الطبي النفسي ليورد فئة تصنيفية تشخيصية واحدة تجمع بين مختلف هؤلاء الضحايا إلا في عام ١٩٨٠، حيث ظهر - منذ ذلك الحين وحتى الآن - تصنيف تشخيصي جديد هو «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) كما أسلفنا.

ولقد دلت البحوث على أن أثراً من أهم آثار الحادث الصدمي: تغير معرفي لدى الضحية، متصلاً باعتقاده الجديد بأنه قابل للجرح، وبأنه أصبح غير محصن. وهذا ما نفصله في الفقرة التالية.

٧ - القابلية للجرح بوصفها تغيرا معرفيا

ينجم عن الحادث الصدمي جراح جسدية لعدد من المواطنين، كما ينتج عنه جراح نفسية عميقة لأعداد غفيرة منهم، ويخلف هذا الحادث وراءه كثيراً من الضحايا على المستويات النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وذلك تبعاً لنوع الإصابة أو الخسارة. ويهمنا هنا - في المقام الأول - تلك الجراح النفسية للضحايا، والتي تتعلق بتغير معرفي لديهم يتركز في كسر مشاعرهم ودحض فروضهم بعد الحادث الصدمي.

إن الضحية تشعر عادة بعد الحادث الصدمي بشعور عميق بالقابلية للجرح Vulnerability وبأنها معرضة للهجوم غير محصنة، فهي تشعر وتَخْبُرُ إحساسا بفقد الأمان ونقص السلامة. إن الضحايا يجربون خبرة قريبة من الهلاك؛ فقد كانوا قاب قوسين أو أدنى من الموت، ويبدو أن هذا الشعور بالقابلية للجرح مرتبط

بتمزيق الافتراضات الأساسية المحورية عن الذات والعالم (Janoff - Bulman, 1988, p.105).

وتتوافر أدلة عديدة على أن الضحايا بوجه عام يَخْبُرُونَ تناقصا شديداً في شعورهم بقيمتهم وجدارتهم الشخصية Self - worth، إنهم يدركون أنفسهم على أنهم اختيروا وحدهم ليقع عليهم سوء الحظ فيحالفهم، ويؤدي بهم ذلك إلى إدراك أنفسهم على أن لديهم انحرافا أو وصمة عار Stigma، مع ما يصاحب ذلك من مشاعر العجز واليأس وقلة الحيلة والضعف والإحساس بالفقد، بما يترتب على ذلك من شعور بالضعة والخجل وفقد احترام الذات (Janoff - Bulman, 1988, p.106). ومع ذلك نسارع إلى القول بأن هذه المشاعر والاستجابات لا تحدث لكل من تعرضوا للحادث الصدمي وتأثروا بويلاته، بل إن مصطلح «الضحية» لا ينطبق إلا على من تعرض لضغوط شديدة (خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية وتسببت في قدر كبير من الضيق والخوف والألم) نجم عنها إصابته باضطراب نفسي محدد هو اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهو ما سنفصل القول عنه في الباب الثاني.

وفيما يختص بالضحية فإن تأثير الصدمة لا يتوقف بانتهاء الصدمة، بل إنها تترك جراحاً لا تندمل بسرعة، ولا تلتئم فوراً، كأنها النقش على الحجر، تتطلب جهداً كبيراً ليعود الفرد إلى سابق عهده، ذلك أن الإصابة تلحق بالعالم الداخلي للضحية، فقد انكسرت الافتراضات المحورية نتيجة للخبرة الصدمية. وخلال الحادث الصدمي كالقصف بالقنابل أو الاغتصاب أو الاختطاف أو السرقة بالإكراه وغيرها. . . يشعر الضحية أنه قاب قوسين أو أدنى من الموت، وهذا الحادث الصدمي الذي ظهر للضحية أنه تهديد لتكامل جسمه يصبح بعد ذلك تهديداً شديداً لتكامله النفسي أيضاً، ويصبح الناجون من الكارثة فجأة واعين بدرجة كبيرة بأن الأشياء السيئة يمكن أن تحدث لهم، وأنهم ليسوا محميين ولا آمنين ولا سالمين في عالم بريء وطيب، وعلى العكس من ذلك فإن الضحايا يشعرون بالعجز ضد قوى متسلطة، ويتكون لديهم خوف شديد وخشية مؤداها أن أي شيء يمكن أن يحدث لهم الآن (Janoff - Bulman, 1992, p.52, p.61).

إن الضحايا يعتنقون قبل الصدمة اعتقاداً بأن مثل هذه الكوارث لا يمكن أن تحدث لهم شخصياً، وبعد الحادث تنشغل الضحية بأسئلة كثيرة متصلة بهذا الحادث أهمها: لماذا سارت الأمور في غير مجراها الطبيعي وفي هذا الاتجاه الخطأ؟ ولماذا كانت هي الضحية؟

والسؤال الشائع لدى الضحايا بعد الصدمة هو: لماذا أكون أنا الضحية؟ ولا يكون السؤال كالآتي: لماذا يكون هناك اغتصاب أو سرطان أو حوادث خطيرة أو كوارث شخصية من أي نوع؟ بل يكون السؤال بالأحرى: لماذا تحدث مثل هذه الحوادث السلبية جداً لي أنا؟ (Janoff - Bulman, 1992, p.62).

وبالنظر إلى ما قدمناه من أفكار ترتبط بكون الحادث الصدمي الذي ينتج عنه اضطراب الضغوط التالية للصدمة يترتب عليه ما أسميناه بفساد الاعتقاد وهدم الفروض لدى الضحية، نعرض لجانب من طريقة علاجية تهتم - في المقام الأول - بالعمل على إعادة بناء هذه الافتراضات المكسورة والمسلمات المحطمة.

٨ - إعادة بناء الافتراضات

يعرض الحادث للإنسان ثم ينتهي، وما يبقى هو آثاره وعواقبه، وسواء أكان هذا الحادث خطيراً أم تافهاً فإن من أهم آثاره وجهة نظر الفرد إليه، وإدراكه له، وتفسيره إياه، وليس هذا فحسب، بل إن إدراك الفرد للحادث - على أساس شخصي وذاتي - يتدخل في آثار هذا الحادث، ويحدد مدى شدته ودوام نتائجه. فقد يحدث لشخصين الحادث ذاته وبالدرجة عينها (كحادث عنيف بالسيارة مثلا)، ويرى أحدهما في هذا الحادث كارثة وشؤماً، ومصاباً جللاً، في حين ينظر إليه الثاني على أن «الله سبحانه وتعالى قَدَّر ولَطَف، والحمد لله على كل حال». وكثير منا يعرف مسألة كوب الماء الممتلئ إلى منتصفه، فإن بعضنا سوف ينظر إلى النصف الممتلئ، على حين ينظر بعضنا الآخر إلى النصف الفارغ. عندئذ تكون المسألة قد فُسِّرت إيجابياً أو سلبياً على أساس ما هو موجود، أو اعتماداً على ما هو غير موجود!

ولقد سبق أن أبرزنا مراراً خلال صفحات هذا الفصل، أن أية حادثة صدمية ينجم عنها - من بين ما ينجم - كسر للافتراضات الأساسية لدى الفرد، وهدم لمسلماته المهمة. ومن ثم يتلخص أحد أنواع العلاج المعرفي - من بين نقاط تفصيلية أخرى عديدة - في إعادة بناء هذه الافتراضات، وتثبيت الفروض مرة ثانية، وإعادة تشييد بعض الاعتقادات، ولكن على أساس واقعي جديد يستوعب هذه الصدمة.

واعتماداً على مفهوم «الاتزان الداخلي» Homeostasis الذي وضعه الفيزيولوجي الشهير «والتر كانون» (Cannon, 1929, 1939) - منذ وقت مبكر - فإن لدى كل منا - على المستويات الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية - نزعة إلى المحافظة على هذا الاتزان الداخلي، وإذا اختل هذا الاتزان نتيجة حادث صدمي فإن الإنسان يسعى جاهداً لإعادة تحقيق هذا التوازن، والتخطيطات المعرفية هنا لها أهمية فائقة في عملية إعادة البناء هذه.

وتُسهّل التخطيطات المعرفية عملية مواجهة الضحية لآثار الحادث الصدمي تمهيداً للتغلب على هذه الآثار تماماً، ويتم ذلك عن طريق تمكين الضحية من إعادة تكوين الواقع الذي يمكن أن يستوعب الحادث الصدمي، ومن ثم فلا يصبح كله مصدراً للتهديد، وليست هذه مسألة إرادية على مستوى شعوري واضح بقدر ما هي نتاج طبيعي لأجهزة الكائن البشري الذي يسعى إلى استعادة التوازن بعد الكارثة، إنها انعكاسات لجهاز صحي يكافح لتحقيق الشفاء من آثار هذا الحادث الصدمي (Janoff-Bulman, 1992).

ولكن كيف تسهّل هذه التخطيطات المعرفية عملية إعادة البناء؟ إنها تستلزم إعادة تقييم الحادث الصدمي بحيث ترفع إلى أقصى حد إمكانية إدراك الخير في العالم، والمعنى في أحداثه، والجدارة الشخصية للفرد، وهي الافتراضات الأساسية التي حدث لها تحد خطير عندما حدثت الصدمة وأصبح الفرد ضحية. وخلال سياق الحادث الصدمي ذاته ووقوع الفرد ضحية له فإن الناجين منه والباقين على قيد الحياة يُولّدون ويكتشفون دليلا على أن العالم خَيِّر، عالم تحدث فيه حوادث ذات

معنى، بحيث يمكن أن ينظروا لأنفسهم باعتزاز مع شعور بقيمتهم الذاتية وجدارتهم (Janoff-Bulman, 1992, p.117). والواقع أن هذا التغير قد يكون صعباً جداً بادئ ذي بدء، ولكن كلما بعدت الشقة وطال الأمد بين الضحية والحادث الصدمي كان ذلك ممكناً أكثر، ولا ننسى دوماً أن «الزمن بلسم الجراح»، ولكن هذه العملية الطبيعية تحتاج إلى أن يُيسِّر الضحية حدوثها بتعديل ما هُدم من اعتقاداته، وإعادة بناء ما كُسر من افتراضاته. ومن الممكن أن تحدث هذه العملية بجهد ذاتي من الضحية، وقد تحتاج إلى تدخل من معالج. وفي كل الحالات فقد تأكدت الأهمية القصوى للسند الاجتماعي Social support من الأسرة أو الأصدقاء.

وتتضمن إعادة بناء الافتراضات المكسورة - من بين ما تتضمن - تكاملا بين القديم والجديد، وتكون هذه العملية يسيرة عندما يمكن عبور الفجوة بينهما. ويقوم المخطط المعرفي - في المقام الأول - بوظيفته بأن يقلل إلى أدنى حد الفروق بين الافتراضات الإيجابية السابقة والافتراضات السلبية المتضمنة في الحادث الصدمي. وقد يبدو هذا التقويم أو التقدير غريبا وغير متوقع من وجهة نظر المشاهد الخارجي، ولكنها عملية إعادة تكوين مبدعة تمثل وجهة النظر الفريدة لدى من بقي على قيد الحياة بعد الحادث الصدمي، وهي وجهة نظر لا يشاركه فيها المشاهد الخارجي. وتعكس هذه الخطط المعرفية الدافع الأساسي لجهاز يسعى نحو إعادة تحقيق الاستقرار المعرفي والصحة النفسية.

وهناك ثلاث خطط أساسية يستخدمها الناجون من الحادث الصدمي وهي:

١ - تقدير الموقف اعتماداً على المقارنة بالآخرين، وبوجه خاص يقارن الناجون خبراتهم بالنتائج الحقيقية أو المتخيلة لدى الآخرين، وبخاصة غيرهم من الضحايا الأقل حظاً منهم.

٢ - تتعلق الخطة الثانية بتفسير الضحية للدور الذي قامت به عندما كانت ضحية خلال الحادث الصدمي، بما يتضمنه ذلك من لوم الذات وتأنيبها.

٣ - تركز العملية الثالثة على إعادة تقويم الخبرة الصدمية على ضوء المكاسب والأهداف، ويعكس ذلك محاولات الناجين «تكوين معنى» meaning making لما جرى.

وعند القيام بواحد أو أكثر من هذه العمليات التي تعيد تقدير الخبرة فإن الباقين على قيد الحياة بعد الحادث الصدمي يسهلون عملية تقبل كونهم ضحايا، فإن إعادة التقويم الذي يضعه الناجون من الحادث الصدمي يضع (ويُولِّد) دليلاً على خيرية العالم، ومعنى لأحداثه، فضلاً عن جدارتهم الشخصية فيما يتصل بهذا الحادث العنيف الذي مَثَّل تحدياً كبيراً لهم في البداية وكسر افتراضاتهم.

وفيما يختص بالاستراتيجية الأولى التي عرضنا لها بإيجاز منذ قليل وهي «المقارنة»، فمن حسن الطالع أن الضحية عادة ما تقول لنفسها: «حمداً لله، فكان من الممكن أن يصبح الحادث أسوأ». وقد اتضح أن الناجين من الحوادث الصدمية العنيفة يقارنون أنفسهم دائماً بالآخرين الذين مروا بالخبرة الصدمية ذاتها وأصبحوا ضحايا، وعندما يعقدون هذه المقارنة فيبدو أنهم يركزون على الضحايا الآخرين الأقل حظاً منهم، ومن ثم فإن ضحايا الاغتصاب يقارنون أنفسهم عادة بمن حدث لهم إصابة عضوية أكبر، أو تفسخ وتمزيق لأجسادهم أو قُتلوا. كما دلت التجارب على أن ضحايا الكوارث الطبيعية ينظرون إلى الآخرين عادة للتقليل من إدراكهم الذاتي بالخسارة، حيث يركز الناجون على أولئك الذين خسروا أكثر منهم، فعلى سبيل المثال فإن الناجين من الأعاصير والفيضانات والزلازل الذين فقدوا ممتلكات مادية يقارنون أنفسهم بمن خسروا أحباءهم، ومن خسروا شخصا حبيبا يقارنون أنفسهم بمن خسروا عائلاتهم بأكملها. كما كشفت دراسات عدة عن أن الضحية يختار البعد أو الخاصية أو الجانب الذي يقارن فيه بينه والآخرين. وقد يكون هذا الآخر إنساناً واقعياً، ولكنه غالباً ما يكون نموذجاً فرضياً متخيلاً، وقد يقارن الفرد بين ما حدث له فعلاً وما كان يمكن أن يحدث من مستوى أسوأ. وعندما يتمكن الضحية من التقاط البعد أو الخاصية المناسبة أو وجه المقارنة فإنه سيدرك نفسه حتماً على أنه أفضل من غيره، وأنه أحسن حظاً منهم، وتؤكد الأدلة

من مجالات متعددة على أن كل ضحية يتخيل نتائج أسوأ وعواقب أشد مما مر به وخَبره. وهذا الشعور بحسن الحظ موضوع شائع ثابت لدى عديد من ضحايا الكوارث على اختلاف أنواعها.

وتبدو عملية المقارنة التي ينشغل بها ضحايا الحوادث الصدمية غريبة أو شاذة للمشاهد الخارجي من غير الضحايا؛ ذلك لأن غير الضحايا يقارنون الآثار الناجمة عن الكارثة لدى الناجين منها بغيرهم ممن لم يكونوا ضحايا على الإطلاق (Janoff - Bulman, 1992, pp.117-120). ولكن موقف الضحايا يبدو تكيفياً تماماً، ويعمل في اتجاه جيد لإعادة الاتزان الداخلي الذي اختل، ويسعى إلى تحقيق الاتزان من جديد.

وكشفت دراسات «روني جانوف - بولمان» (Janoff - Bulman, 1992, p.122) عن أن الناجين من الحوادث السلبية بشكل متطرف يزداد عدد الضحايا الذين يقررون منهم أنهم يشعرون بأنهم يواجهون الموقف، ويحاولون التغلب عليه بشكل جيد جداً، وأن الضحايا يُخبرون عن أشخاص آخرين - نماذج خيالية غالباً - واجهوا صعوبات أكثر منهم، واستغرقوا زمناً أطول منهم في مواجهة ما حدث لهم من اغتصاب أو حادث أو مرض، ومرة ثانية فإن لهذا الاعتقاد وظيفة تكيفية واضحة في استيعاب الخبرة الصدمية ومواجهة هدم الافتراضات، بما يساعد الفرد على حسن مواجهة الحادث الصدمي، وتحقيق الاتزان الداخلي، والعودة بشكل أسرع إلى معدلات من السواء أفضل.

ومن ناحية أخرى فإن لوم الذات Self - blame استجابة شائعة لدى ضحايا الحوادث الصدمية، وبخاصة ضحايا العنف، وبوجه أخص ضحايا الاغتصاب (٧٤٪ من الضحايا يلمن أنفسهن). ولوم الذات هنا له جانبان:

١ - لوم الذات على المستوى السلوكي.

٢ - لوم الذات على مستوى الخصال الشخصية (Janoff - Bulman, 1988, p.107).

وتعتقد «جانوف - بولمان» (1992, p.123) أن استجابة الضحايا هذه تعكس عادة حاجة إلى التقليل من الطبيعة المهددة والغفل من المعنى للحادث الصدمي.

وبوجه عام تتلخص رسم خطة العلاج المعرفي لضحايا الحوادث الصدمية في إعادة تكوين الافتراضات وتفسير الخبرة الصدمية، وإعادة تغيير الاعتقادات والمخطط المعرفي للضحية، وكذلك إعادة تكوين نسق أو نظام أساسي للافتراضات، مستقر ومتكامل، وقادر على مواجهة الموقف الصدمي. ويتحقق ذلك بقبول الضحية للخبرة الصدمية كما هي، وتحويلها بعد ذلك إلى قوة إيجابية، ويكون ذلك بإدراك العناصر الإيجابية في الموقف الذي أفضى إلى أن يصبح الفرد ضحية، هذا فضلاً عن الاهتمام بالتفسيرات والتقديرات التي تركز على الفوائد الممكنة والدروس المتعلمة من الحادث، بما يؤكد على خيرية العالم أكثر من كونه شريراً، وعلى معنى حوادثه أكثر من كونها تصدر عشوائياً، وعلى الجدارة الشخصية أكثر من إذلال الذات (Janoff - Bulman, 1985, 1988, p.133). ومثل هذه التفسيرات مكونات على درجة عالية من الأهمية في إعادة البناء الناجح للافتراضات التي كانت قد هُدمت.

عندئذ يقوم كثير من ضحايا الحوادث الصدمية بتحويل آثار هذه الحوادث التي جعلت منهم ضحايا إلى جوانب إيجابية وفوائد لهم ولغيرهم، ويكون ذلك بإضافة معاني أعمق للحياة بوجه عام، وحياتهم بوجه خاص، فيتعلمون دروساً مستفادة بعد الحادث عن الحياة وعن أنفسهم، ولقد كان الحادث الصدمي بالنسبة لكثير من الضحايا نقطة تحول نقلتهم من الاهتمام بالجوانب السطحية إلى الجوانب الأعمق ذات المغزى في هذه الحياة، فتتخذ الحياة بالنسبة لهم معنى جديداً.

أما الدروس المستفادة من الحادث الصدمي كما قررها كثير من الضحايا الذين نجوا فمنها التوصل إلى معرفة جديدة، وتقدير ذواتهم، كما قرروا أيضاً أنهم أصبحوا أناساً أكثر صبراً وأكثر قوة وجلداً وعاطفية واهتماماً بالآخرين ووعياً

بمشكلاتهم. وأورد آخرون بعد الحادث الصدمي اهتمامهم بالمعرفة وبالكتب والرياضة وبتعاليم الدين. وذكر كثير منهم «أن ما لا يقتلني سيجعلني أكثر قوة»!

ومن الممكن أيضاً أن يصدر عن ضحايا الحوادث الصدمية أفعال إيثارية في صالح مجتمعهم، كضحية الإيدز الذي عمل في مركز لرعاية المرضى به، وضحية الاغتصاب التي عملت في مركز لكارثة الاغتصاب، والمحارب السابق في حرب فيتنام الذي قدم برامج تعليمية لتبصير الشباب بشرور الحرب وويلاتها، بل إن جامعة «ستانفورد» في أمريكا قد أنشئت أصلاً للذكرى من أب حزين على ابنه.

٩ - عالم واقعي بالنسبة للضحية

يعكس العالم الداخلي للضحية الذي عُوفي وشُفي اعترافاً بسوء الطالع، ووعياً بالقابلية للجرح، فيعلم الضحية أن افتراضاته السابقة كانت ساذجة، وأن المأساة يمكن أن تضرب ضربتها، وأنه لا يوجد شخص محصن غير قابل للجرح، ومع ذلك فإن العالم الافتراضي الجديد بالنسبة له - وبشكل نموذجي - ليس سلبياً، ولا شريراً، ولا غفلاً من المعنى، ولا مُذِلاً للذات بشكل تام، كما أن هذا العالم الافتراضي الجديد لا يمثل محور مخططاتهم المعرفية. وبدلاً من ذلك فإن الناجين من الكارثة يدركون تماماً احتمال حدوث المأساة، ولكنهم لا يسمحون لها بأن تُعمم أو تَنتشر، ولا أن تتوغل في ثنايا أنفسهم وفي نظرتهم إلى العالم، ويؤكد ذلك ما جاء على لسان ضحية من ضحايا الاغتصاب إذ قالت: «إنني أفكر فيما حدث، كما أنني أعرف الآن ماذا يمكن أن تكون عليه الأشياء الفظيعة، ولكنني أستطيع أيضاً أن أرى الأشياء الجيدة في حياتي الآن، وهناك كمية هائلة من الأمور الجيدة».

ويدرك الضحايا أيضا أنهم لا يعيشون في عالم آمن ومحمي تماماً، ومع ذلك فإنهم لا يدركون العالم بأسره على أنه خطر، وتظل افتراضات الضحية بعد فترة من

الحادث الصدمي سلبية إلى حَدّ ما، وذلك أكثر من نظرائهم من غير الضحايا، فإن العالم خيِّر ولكن ذلك ليس بشكل مطلق، والحوادث التي تحدث ذات معنى، ولكن ليس دائماً، والذات يمكن الاعتماد عليها على أنها حسنة وممتازة وذات كفاءة، ولكن العجز حقيقة أحياناً، وكثير من الناجين من الكارثة متفائلون بشكل حذر، ولكن الصورة الوردية المطلقة للأيام الخوالي قد ولت وانقضت (Janoff - Bulman, 1992, p.174). موجز القول أن نظرة معظم ضحايا الكوارث على اختلافها - بعد فترة من الزمن - تصبح أكثر واقعية واتزانا وتوسطا.

* * *

الباب الثاني

اضطراب الضغوط التالية للصدمة

الفصل السادس: أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

الفصل السابع: تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

الفصل الثامن: المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

الفصل التاسع: طرق تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

الفصل العاشر: علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

الفصل السادس

أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

١ - الأعراض الأولية.

٢ - الأعراض الثانوية.

٣ - أعراض عامة في النفس والجسم.

أ - الأعراض النفسية.

ب - الأعراض الجسمية.

٤ - العلامات التحذيرية لاضطراب الضغوط.

الفصل السادس

أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

بعد تعرض الإنسان للحادث الصدمي يمكن أن ينجم عنه عدد من الاضطرابات كما بينا في الفصل الثالث، من أهمها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولهذا الاضطراب علامات وأعراض معينة. ويمكن تقسيم هذه الأعراض قسمة تحكمية إلى أنواع شتى، وسوف نقسمها إلى أعراض أولية وثانوية، ونفسية وجسمية. وهذا ما نعرض له في هذا الفصل.

وتجدر الإشارة إلى التداخل الكبير بين الأعراض في هذه التقسيمات التحكمية، فالتداخل كبير بين النفسي والجسمي من جانب، وبينهما والأعراض الأولية والثانوية من جانب آخر كذلك. ولكن التقسيمات دائما لتسهيل الدرس ولا تعكس فئات مستقلة تماما.

ولاضطراب الضغوط التالية للصدمة أعراض أولية Primary وأخرى ثانوية Secondary، فأما الأولية فهي التي تشكل الأساس الذي يُشخَّص على هديه الاضطراب. وأما الأعراض الثانوية فهي الملامح المرتبطة بالاضطراب، وتشير إلى تجمعات الأعراض التي توجد عادة بشكل شائع مع الاضطراب، ولكنها لا تشكل جزءا من المحكات التشخيصية له. ونعرض بشكل موجز لكلا النوعين من الأعراض (Peterson *et al.*, 1991, pp.36-41).

١ - الأعراض الأولية

وأهم هذه الأعراض الأولية ما يلي:

أولاً: إعادة الخبرة المتصلة بالصدمة والمعاناة منها: ويتخذ ذلك أشكالا عدة منها ما يلي:

١ - الأفكار المقتحمة، والمشاعر، والصور، والذكريات.

٢ - تذكر الحادث بشكل معاود يسبب الانزعاج والاضطراب.

٣ - الأحلام والكوابيس المعاودة بشكل مضايق.

٤ - يعيش الفرد الحادث مرة ثانية، والخداعات، والهلاوس، واستعادة شريط الذكريات.

٥ - الانزعاج نتيجة للتعرض لحوادث ترمز للصدمة أو تُذكِّر الفرد بها.

ثانياً: تجنب العالم الخارجي والخَدَر في الاستجابة: ويضم الجوانب الآتية:

١ - تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة.

٢ - المدى الضيق للوجدان.

٣ - مشاعر الانفصال والنفور.

٤ - النسيان لأسباب نفسية.

ثالثاً: السلوك التجنبي: ويشتمل على ما يلي:

١ - بذل جهد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.

٢ - بذل جهد لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكرى الصدمة.

٣ - عدم القدرة على استرجاع جوانب مهمة من الصدمة.

رابعاً: التنبه الزائد: ويضم العناصر الآتية:

١ - صعوبات النوم.

٢ - إعاقة الذاكرة وصعوبات التركيز.

٣ - التهيج وانفجارات العنف وسورات الغضب.

٤ - شدة الاستجابة الفيزيولوجية للأحداث التي تُذكّر الفرد بالصدمة أو ترمز إليها.

٥ - استجابة الإجفال (ترويع الشخص فجأة).

٦ - التنبه المرتفع والتيقظ الزائد.

خامساً: مشاعر الذنب:

والعَرَض الأساسي هنا هو تأنيب الإنسان نفسه فينحو باللائمة عليها، ففي الجرائم التي وُجِّهت ضده كالاعتداء والضرب والاغتصاب يسأل نفسه: لماذا لم أقاوم بشكل مستميت أكثر مما قاومت؟ والحال كذلك في الحرب: لماذا نجوت أنا ولم ينج زملائي وأصدقائي؟ (Peterson *et al.*, 1991, pp. 36-41).

٢ - الأعراض الثانوية

الأعراض الأولية - التي سبق أن عرضنا لها في الفقرات السابقة - هي الأعراض الأساسية في تشخيص الاضطراب، أو التي يُشَخَّصُ الاضطراب اعتماداً عليها. أما الأعراض الثانوية فهي تجمعات الأعراض التي توجد عادة بشكل شائع مع الاضطراب، ولكنها لا تمثل جزءاً من المحكات التشخيصية له، بل إنها جزء من الصورة الإكلينيكية الأشمل والأكثر تعقيداً، والتي يقدمها المرضى باضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتتفاعل الأعراض الثانوية مع الأعراض الأولية، وذلك كالقلق العام الذي يؤثر تقريباً في كل تجمعات الأعراض الأولية.

ومن الأعراض الثانوية للاضطراب: الاكتئاب، والقلق، وقلق الموت، والسلوك الاندفاعي، وسوء استخدام العقاقير والمواد النفسية، والاضطرابات النفسية الجسمية، والتغير في الشعور بالزمن، والتغير في وظائف (الأنا). ونعرض لكل من هذه الأعراض الثانوية فيما يلي بشيء من التفصيل (انظر: Peterson *et al.*, 1991, pp. 36-41).

أولاً - اضطراب الاكتئاب:

ظهر أن الاكتئاب Depression شائع لدى ضحايا الصدمات عبر السنين، وتم تضمينه بوصفه أحد الملامح المرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة في المحكات التشخيصية تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM - III - R.

وقد أسفرت دراسات متعددة عن ظهور الاكتئاب لدى ضحايا هذا الاضطراب على الرغم من اختلاف الصدمات المتضمنة فيه والمسببة له، فكان الاكتئاب ملحوظاً لدى الناجين من معسكرات الاعتقال، ومن الكوارث الطبيعية، واللاجئين الكمبوديين المصابين بهذا الاضطراب، والناجين من القصف النووي في هيروشيما وناجازاكي، والرهائن، وضحايا الاغتصاب.

وقام «إياكونو» Iacono عام ١٩٨٤ بتحليل عامليّ لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى محاربي فيتنام، وأشار إلى أن الملامح الاكتئابية جزء أساسي في التركيب العاملي العام. وكشفت دراسة أخرى عن ظهور نسب مئوية مرتفعة من الملامح الاكتئابية لدى المرضى الذين يعانون من زملة استجابة الضغوط، **فظهر لدى أكثر من ٧٥٪ من الذين دُرِسُوا الأعراض التالية:**

١ - الشعور بالكآبة.
٢ - الشعور بنضوب الطاقة وتناقصها.
٣ - سهولة البكاء.
٤ - الحزن.
٥ - الشعور بعدم الاهتمام بالأشياء.
٦ - الشعور باليأس بالنسبة للمستقبل.

كما شعر أكثر من ٥٠٪ من هؤلاء المفحوصين بالأعراض الآتية:

١ - الشعور بعدم الأهمية.
٢ - فقد الاهتمام بالجنس أو فقد اللذة الجنسية.
٣ - التعب.
٤ - مشاعر اكتئابية معاودة (مخيفة غالباً).

وقرر ٤٥٪ من المرضى أن لديهم هذه الأعراض:

١ - أفكار انتحارية.
٢ - فقد للشهية.
٣ - فقد للحماسة.

ولكل ذلك فإن الاهتمام بالعنصر الاكتئابي أمر مهم في قياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفهمه. وإن الشعور بالعجز Helplessness الذي وضحه «سيليجمان» Seligman عنصر مشترك بين الأفراد الذين واجهوا صدمة. كما أن احتمال الانتحار دائما أمر وارد على الأقل لدى المحاربين في فيتنام، ولاحظ أحد الباحثين معدلات انتحار مرتفعة لديهم، كما لاحظ باحث آخر ارتفاع معدلات الانتحار لدى ضحايا جرائم العنف. ولكل ذلك فمن الأهمية بمكان أن تُحَدَّدَ زملة الاكتئاب لدى المرضى المشخَّصين باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ثانيا - القلق:

تكررت ملاحظة القلق Anxiety عبر السنين بوصفه مظهراً من مظاهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والقلق متضمن أيضاً بوصفه أحد الأعراض أو الملامح المشتركة في هذا الاضطراب، كما أن اضطرابات الهلع Panic وغيرها من الأحوال المشيرة إلى القلق موجودة أيضاً في اضطراب الضغوط، فقد لاحظ «هوروفتز» Horowitz وصحبه أن ٧٥٪ من مرضى اضطراب الضغوط يقررون وجود الأعراض التالية لديهم: الشعور بالتوتر والعصبية، رعشة داخلية، هزة، شعور بالخوف. كما أورد أكثر من ٥٠٪ من المرضى الأعراض الآتية: سرعة دقات القلب أو تسارع القلب، وأن يصبح الشخص مرتاعاً مفزوعاً فجأة ودون سبب.

وقد ظهرت استجابات القلق لدى كل المجموعات المصابة بأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل: الرهائن، وضحايا الكوارث الطبيعية، وضحايا الكوارث التي يصنعها البشر، والناجون من معسكرات الاعتقال. **ويتضمن القلق هنا الأعراض التالية:**

١ - خفقان القلب.

٢ - زيادة إفراز العرق Hyperhidrosis.

٣ - «التنفس السريع والعميق جداً مع احتمال فقد الشعور» Hyperventilation.

٤ - زيادة الاستجابية في الجهاز العصبي المركزي.

ثالثا - قلق الموت:

إن بصمة الموت(*) Death imprint التي لا سبيل إلى محوها، وكذلك قلق الموت Death anxiety من الملامح الأساسية للباقين على قيد الحياة بعد الكوارث أو الصدمات، وقد ظهر أن لبصمة الموت علاقة بالتخيلات التي تقتحم عقل المريض باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهو اقتحام صور متصلة بمشاعر التهديد أو بنهاية الحياة.

وتتضمن بصمة الموت قلق الموت الفعلي (الخوف من الموت)، والقلق المتصل بمكافِئات الموت أي كل ما يؤدي إلى الهلاك وبخاصة ما يتعلق منه بتفكك النفس أو تفسخها، فتلح على الشخص صور الموت وتخيلاته. وفي كارثة «بافلوكريك» التي سنعرض لها في الفصل الثاني عشر، لوحظ أن ذكريات التدمير كانت تُطوِّق كثيراً من الناجين وتحيط بهم، حتى إنهم كانوا يشعرون بأنهم قاب قوسين أو أدنى من «نهاية الزمن». ومن الشائع أن ينجم عن بصمة الموت «رعب داخلي دائم»، ويدخل في هذا المفهوم الخوف من أن الصدمة ستتكرر.

رابعا - السلوك الاندفاعي:

من الممكن أن يحدث سلوك اندفاعي Impulsive behaviour لدى المريض بهذا الاضطراب. وذلك كالرحلات المفاجئة، والغياب دون عذر، والتغيرات في أسلوب الحياة، وتغير الإقامة.

خامساً - سوء استخدام العقاقير والمواد النفسية:

إن استخدام الأدوية والعقاقير والمواد ذات التأثيرات النفسية Psychoactive substances من التغيرات الشائعة التي تنجم عن هذا الاضطراب، فقد لوحظت

(*) نعرف بصمة الموت بأنها تلك الآثار الثابتة الملتصقة بالذاكرة عن الموت، نتيجة حادث صدمي كان يمكن أن يودي بالحياة، فأدى إلى تأثر كبير بالخبرات المتصلة بالموت.

معدلات حدوث مرتفعة لسوء استخدام العقاقير Drug abuse لدى المحاربين السابقين في فيتنام والمصابين بهذا الاضطراب، كما لوحظ أن كثيرا من أعراض عصاب الصدمة التقليدي يمكن أن تُقمع عن طريق استخدام الكحول، والأمر ذاته يمكن أن ينسحب على مختلف أنواع استخدام المواد ذات الآثار النفسية، فإن تعاطي الكحول يمكن أن يكون فَعّالاً في جلب النوم، وخفض القلق، وتليين توتر العضلات، والتقليل من نوم حركات العين السريعة REM (والذي يرتبط به حدوث كثير من الكوابيس التالية للصدمة)، كما يكون فَعّالاً في بعض الحالات في خفض الاكتئاب.

وفي البداية يكون استخدام الكحول وسيلة فعالة لخفض الأعراض، ولكن مع الاستخدام المستمر تزداد الإطاقة أو التحمل(*) فيزداد الاستهلاك، فتكون النتيجة الإدمان على الكحول بحيث يعلو على اضطراب الضغوط الأصلي ويتفوق عليه، وبمرور الوقت يصبح استخدام الكحول أقل فاعلية في تخفيف الأعراض المسببة للاضطراب، وقد يجعل الأعراض تتفاقم في الحقيقة.

سادساً - الاضطرابات النفسية الجسمية:

يتكرر حدوث الأمراض النفسية الجسمية Psychosomatic Diseases في اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أشكال شتى، وتتخذ الأعراض صوراً متعددة من بينها: توتر العضلات، والإجهاد وسرعة التعب، وآلام المفاصل، وأعراض شبيهة بالروماتيزم، والصداع، وأعراض الاستهداف أو الحساسية، وقرح المعدة، والتهاب القولون، والأعراض التنفسية والقلبية الوعائية، وقد لوحظت هذه الأعراض لدى الناجين من معسكرات الاعتقال النازية.

كما قرر «هوروفتز» Horowitz وصحبه وجود الأعراض التالية: الصداع،

(*) تحمُّل العقار Drug Tolerance هو حالة تناقص الاستجابة للعقار نتيجة التعرض المستمر أو التعاطي المتكرر له، ومن ثم يتعين على الفرد زيادة الجرعات المطلوبة لإحداث الآثار التي كانت تحققها الجرعات الصغيرة الأولى ((Reber, 1995, p. 802).

والشعور بالضعف في مختلف أجزاء الجسم، والغثيان واضطراب المعدة، وآلام في العضلات، ونوبات برودة وسخونة، وآلام في أسفل الظهر، والدوخة والإغماء، والخَدَر في كافة أجزاء الجسم، والشعور بثقل الأطراف، وغصة في الحلق، وآلام في القلب والصدر، وسنزيد الأمر تفصيلا في الفقرة الثالثة من هذا الفصل.

سابعاً - اختلال الشعور بالزمن:

تتضمن المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة - كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل - شعوراً بقصر المستقبل. وفي إحدى الدراسات لوحظت تشوهات في الإحساس بالزمن بعد الصدمات لدى كل من الأطفال والراشدين كما يلي:

١ - **اختلال في إدراك دوام الفترات الزمنية:** قرر بعض المرضى أن الزمن يبدو أنه يُبطئ خلال الأحداث الصدمية القصيرة، أو يُسرع خلال الصدمات الممتدة.

٢ - **الاختلاط الشامل للسياق:** ويشير إلى تداخل في الذاكرة بحيث تختلط ذكريات الحادث الصدمي بالنسبة إلى سياق الزمن. ويحدث ذلك بوجه خاص لدى الأطفال.

٣ - **التواء الزمن:** وهو نوع من الاختلال في الشعور بالزمن، بحيث توضع الأحداث التي حدثت خلال الصدمة، قبلها.

٤ - **الإحساس بالتنبؤ:** يختل الشعور بالزمن في هذا الاضطراب بحيث يحس الفرد بأن الأحلام يمكن أن تتنبأ بالمستقبل.

ثامناً - التغير في وظائف (الأنا):

لاحظ «ندرلاند» Niederland عام ١٩٦٣ على الناجين من معسكرات الاعتقال تغيرات عميقة في الشخصية، مع تمزق واضطراب - بدرجات متفاوتة - للتطور والنضج والسلوك والنظرة العامة، وتسوء وظائف (الأنا)، وتصبح الأعراض مزمنة إذا لم يتح تدخل أو علاج فوري بالنسبة للضحايا.

تاسعاً - أعراض ثانوية أخرى:

من بين هذه الأعراض: مشكلات التوافق، وتمزق الوظائف الحوارية (بين الأفراد)، والمشكلات الجنسية، والأمراض العقلية الثانوية، وتغيرات في أسلوب الحياة، ومشاعر عميقة من عدم الثقة، والشعور بأن الشخص قد خُدع وغُرِّر به، والشعور بأنه كان كبش فداء، وتمزق صورة الذات أو تصبح سلبية (Peterson *et al.*, 1991, pp.36-41).

٣ - أعراض عامة في النفس والجسم

يشترك ضحايا الأحداث الصدمية على اختلاف أنواعها في معاناتهم من مجموعة محددة من الأعراض Symptoms أي زملة Syndrome مرضية، ويمكن أن نقسم هذه الأعراض التي تشملها هذه الزملة قسمة تحكمية إلى أعراض نفسية وأخرى جسمية، ولكن يجب التنويه بأن هذه القسمة ليست صحيحة تماماً نظراً للتداخل بين الأعراض من هذين النوعين من ناحية، والأعراض التي قدمنا لها في الفقرة السابقة من ناحية أخرى، ومع ذلك فهي قسمة تساعد فقط على الدرس والفحص والإيضاح. ونعرض أولاً لأهم الأعراض النفسية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

أ - الأعراض النفسية:

من أهم هذه الأعراض إعادة الخبرة Flashback المتصلة بالصدمة في أشكال عدة منها الأفكار التي تقتحم ذهن المريض أو الأحلام أو الكوابيس أو كثرة تذكر الحادث الصدمي واسترجاعه. فقد قرر مثلا أحد المحاربين الأمريكيين في فيتنام أن لديه مثل هذه الأفكار التي تقتحم فكره وتلح عليه وتسبب له الاضطراب، وترتبط هذه الأفكار بالحادثة التالية:

«جندي من قوات «ڤيت كونج»، قَبض عليه الجندي الأمريكي ووضعه في السجن. وأخيراً رأى الجندي الأمريكي هذا السجين يُدفع

به خارج طائرة هليوكبتر في أثناء طيرانها. ولأن هذا الجندي الأمريكي هو الذي قام بالقبض عليه وأَسْرِهِ فقد شعر أنه مسؤول عن موته، واستمر في استعادة الخبرة المتصلة بهذه الفترة من حياته».

وكثير من ضحايا الاغتصاب يقررون تذكرهم بشكل متكرر لعملية الاعتداء عليهم، على شكل أفكار تقتحم عقلهم.

وللدفاع ضد هذه الأفكار فإن الأشخاص المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة قد يحدث لهم انسحاب انفعالي، ويتجنبون أي شيء يمكن أن يُذكّرهم بهذا الحادث. وقد كشف الناجون من معسكرات الاعتقال الذين أصيبوا باضطراب الضغوط التالية للصدمة عن تبلد أو خَدَرٍ Numbness انفعالي، وتجنبوا الحديث عن خبراتهم في المعسكر، إذ قال أحد هؤلاء الرجال بصراحة: «ما الذي كان هناك لنتحدث عنه؟ فلم يكن هنالك إلا القتل والموت».

وعلى الرغم من ذلك فإن هذا التجنب ينجح جزئيا فقط، ذلك أن منبهات معينة كطائرات الهليوكبتر بالنسبة لقدامى المحاربين يمكن أن تثير الذكريات فيسترجعونها وتقتحم أذهانهم (Sue *et al.*, 1990, p.169). ومن الشائق أن نذكر أن التغطية الإعلامية التليفزيونية النابضة بالحياة لحرب الخليج قد أثارت كوامن النفس، وحركت الذكريات السيئة لدى المحاربين السابقين في فيتنام! (Comer, 1992, p.216).

ومن الأعراض النفسية لهذا الاضطراب أيضا صعوبات في تركيز الانتباه وفي الذاكرة، مع عدم القدرة على الاسترخاء، والاندفاع، والميل إلى الانزعاج وسرعة القابلية للاستثارة واستجابة الجفول Startle، أي أن المضطرب يُروَّع فجأة ويَفزع بسهولة، هذا فضلا عن اضطرابات النوم، والقلق، والاكتئاب، واليقظة الزائدة، وفقدان التحكم في العدوان. بالإضافة إلى الخَدَرِ أو فقد الإحساس النفسي، وتَفَقِدُ الأنشطة التي كانت سارة بالنسبة للشخص مسرتها والاهتمام بها، ويشعر الفرد بالنفور من الآخرين، والتباعد عنهم، وعدم الرغبة في الاجتماع بهم.

وإذا كانت الصدمة قد اشترك فيها عدد من الأشخاص، وأودت بحياة الصحاب فسوف يشعر الباقون على قيد الحياة بشعور مميت بالذنب.

ويمكن أن تكون أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة حادة Acute، أو مزمنة Chronic، أو مؤجلة مرجأة Delayed. ويُعتقد أن الأعراض تكون أكثر شدة، ويستمر الاضطراب أمداً أطول بعد صدمة تسبب فيها الآدميون كما في الحرب والاعتداء الجسمي والتعذيب، أكثر مما هو الحال في الكوارث الطبيعية كالفيضانات أو الزلازل. وتسوء الأعراض غالباً عندما يتعرض الفرد لمواقف تشبه الصدمة الأصلية، فقد يُذَكِّر الجنديَّ الرعدُ بنيران المعركة الحربية التي خاضها (Davison & Neale, 1990, p.157). ونعرض فيما يلي لأهم الأعراض الجسمية لهذا الاضطراب.

ب - الأعراض الجسمية:

لا تحدث الأعراض النفسية وحدها في اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بل إن الأعراض الجسمية تحدث في كل الحالات إلا قليلاً، وليس من الميسور - في الحقيقة - أن نقسم الاستجابات البشرية إلى نفسية صِرْف وجسمية بحتة، كما أن الأعراض لا تحدث بشكل نقي إلا نادراً، فهناك دائماً ما يطلق عليه «تشكيلة الأعراض» أي تجمعات محددة لها. وهذا ما حدا بعلماء النفس والأطباء النفسيين - منذ بضع عقود - إلى وضع المصطلح المهم: «نفسي جسمي» Psychosomatic، إشارة - من بين ما يشير - إلى أمراض جسمية منشأها نفسي، وإلى أن الجانبين: النفسي والجسمي يتفاعلان معا ويجتمعان في صيغة مشتركة يصعب فصم عراها وكأنها العروة الوثقة التي لا انفصام لها.

وقد كشفت الدراسات على الناجين من معسكرات الاعتقال المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة، عن تكرار إصابتهم بالاضطرابات البدنية والأمراض النفسية الجسمية، ويوضح جدول (١٢) أهم هذه الأعراض.

جدول (١٢): أهم الأعراض الجسمية والتوتر لدى الناجين من معسكرات الاعتقال

مسلسل	الأعـــــراض
١	التوتر المزمن للعضلات.
٢	الإجهاد وسرعة التعب.
٣	آلام في المفاصل.
٤	نوبات شبيهة بالروماتيزم.
٥	الصداع، الشقيقة (الصداع النصفي).
٦	أعراض الحساسية والاستهداف.
٧	قرح المعدة.
٨	زيادة نشاط المعدة.
٩	التهاب القولون.
١٠	أعراض في الجهاز التنفسي.
١١	أعراض في القلب.
١٢	توهُّم المرض.

ومن ناحية أخرى فقد لاحظ «هوروفيتز» Horowitz وصحبه عام ١٩٨٠ الأعراض الجسمية التالية لدى ٧٥٪ من المرضى المصابين بزملة استجابة الضغوط وهي: الصداع، والشعور بالضعف في مختلف أجزاء الجسم. ويبين جدول (١٣) الأعراض الجسمية التي تحدث لدى أكثر من ٥٠٪ من المرضى.

كما لاحظ بعض الباحثين عدداً من الأعراض الجسمية تالية للاغتصاب، ومن هذه الأعراض: توتر العضلات الهيكلية، وتهيج في المعدة والأمعاء، واضطرابات في الجهاز البولي التناسلي. وتختلف شدة هذه الأرجاع الجسمية من مريض إلى آخر، وتدوم هذه الأعراض وتستمر من عدة أيام حتى بضعة أسابيع بعد هذا الحادث الصدمي (Peterson *et al.*, 1991, pp. 39-40).

جدول (١٣): الأعراض الجسمية التي تحدث لدى أكثر من ٥٠٪ من المرضى بزملة استجابة الضغوط

مسلسل	الأعراض التي تحدث لدى أكثر من ٥٠٪
١	الغثيان والمعدة المضطربة.
٢	أوجاع وآلام في العضلات.
٣	نوبات من الحرارة والبرودة.
٤	آلام في أسفل الظهر.
٥	الإغماء والدوار والدوخة.
٦	الخَدَر أو فقد الإحساس في مختلف أعضاء الجسم.
٧	الشعور بثقل الأطراف.
٨	غصة في الحلق.
٩	آلام في القلب أو الصدر.

٤ - العلامات التحذيرية لاضطراب الضغوط

توجد علامات تحذيرية تنبئ عن زيادة احتمال إصابة الفرد باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك قبل أن يشخص بأنه مصاب بهذا الاضطراب فعلا. ويبين جدول (١٤) أهم هذه العلامات التحذيرية، ومن الواضح أن هذه العلامات تتداخل مع الأعراض والمنبئات.

وتفيد هذه العلامات التحذيرية الواردة في جدول (١٤) في التنبه إلى حالة الفرد الذي تعرَّض لحادث صدمي، بما يترتب على ذلك من إجراءات وقائية أو تدخل علاجي.

جدول (١٤): العلامات التحذيرية المبكرة لاحتمال الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة

مسلسل	العلامات التحذيرية
١	استعادة المشاهد الماضية.
٢	اضطراب الذاكرة.
٣	الأحلام الصدمية.
٤	محاولة العلاج الذاتي (بالخمر مثلا).
٥	الغضب والقابلية للاستثارة والعدوانية التي يصعب التحكم فيها.
٦	الاكتئاب المستمر والانسحاب.
٧	مظهر الدائخ أو المصاب بخَدَر.
٨	نوبات هلع.
٩	تكوُّن مخاوف شاذة.

عن: (Mitchell & Everly, 1995, p.37).

* * *

الفصل السابع
تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

١ - العوامل المهيئة لظهور اضطراب الضغوط.

٢ - عوامل الخطورة التي تزيد من احتمالات حدوث اضطراب الضغوط.

٣ - عوامل الإصابة باضطراب الضغوط.

أ - عنف الصدمة وشدة التعرض لها.

ب - العوامل الشخصية والاجتماعية قبل الكارثة.

جـ - وجهة نظر الضحية إلى الحادث الصدمي..

د - نظم المساندة الاجتماعية.

٤ - النماذج النفسية لتفسير اضطراب الضغوط.

أ - الإشراط التقليدي.

ب - نظرية العاملين (مورار).

جـ - نموذج «فو، وكوزاك».

د - نموذج آل «سو» متعدد العوامل.

٥ - التفسيرات البيولوجية لاضطراب الضغوط.

٦ - النظريات المفسرة لنشأة الأمراض المرتبطة بالضغوط.

الفصل السابع

تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

يحدث اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD نتيجة حادث صدمي محدد، ويبدو أن هناك علاقة «سبب ونتيجة» Cause and effect بين الصدمة وهذا الاضطراب. ولكن الحادث المسبب للصدمة لا يكفي وحده لتفسير الاضطراب، فعلى الرغم من أن كل شخص مَرّ بخبرة صدمية قد تأثر بها بالتأكيد، فإن بعض الناس فقط هم الذين يطورون الأعراض الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، والتي تلبث لديهم وتدوم زمناً ما.

يروم هذا الفصل إذن الإجابة عن السؤال المهم: بعد حدوث الحادث الصدمي، لماذا يصاب زيد باضطراب الضغوط في حين لا يصاب به عمرو من الناس؟ أو: ما الأسباب المفسرة لحدوث الاضطراب؟

ويعالج هذا الفصل - في سبيل الإجابة عن هذا السؤال الأساسي - العوامل المهيئة لاضطراب الضغوط، وعوامل الخطورة التي ترفع احتمالات حدوث الاضطراب، وأهم العوامل السببية، والنماذج النفسية لتفسير الاضطراب، فضلا عن التفسيرات البيولوجية، والنظريات المفسرة لنشأة الأمراض المرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

١ - العوامل المهيِّئة لظهور اضطراب الضغوط

إلى أيّ حَدٍّ يظل الشخص في حالة ضيق وألم بعد صدمة كبيرة؟

أو بعبارة استفهامية أخرى: مَن مِن الأشخاص يُعَدُّ أكثر عرضة للإصابة بخطر اضطراب الضغوط بعد المرور بخبرة صدمية حقيقية؟

يبين استعراض الدراسات أن خطر الإصابة بالاضطراب يعتمد على خمسة

عوامل يلخصها جدول (١٥) وهي: المستويات المرتفعة من الضغوط أو التعرض لضغط قوي، وسمات شخصية الفرد أو الاضطراب الانفعالي عنده، ووجود التاريخ الأسري المتصل بالاضطراب الطبي النفسي، وأسلوب المواجهة، ونقص المساندة، ويبدو أن هذه العوامل الخمسة يمكن أن تتسبب في تكون اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

جدول (١٥): العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الضغوط

العوامل المهيئة للإصابة
(١) المستويات المرتفعة من الضغوط أو التعرض لها.
(٢) الخلل في الشخصية أو الاضطراب الانفعالي الموجود سلفاً.
(٣) وجود التاريخ الأسري للاضطراب الطبي النفسي.
(٤) الأسلوب غير الناجح في مواجهة الصدمة.
(٥) نقص المساندة الاجتماعية.

(انظر: Scott & Stradling, 1992, pp. 22-26).

ومن ناحية أخرى فإن الأسلوب التكيفي لمواجهة المشكلات Adaptive coping style وشبكة الدعم الفعال Effective support تميلان إلى المساعدة في إضعاف حدوث اضطراب الضغوط. ونفصّل القول عن هذه العوامل فيما يلي (انظر: Scott & Stradling, 1992).

أ - مقدار الضغوط أو مستوى التعرض لها:

كلما ازدادت شدة التعرض للكارثة، مثل ثورة بركان جبل «سانت هيلين» (انظر الفصل الثاني عشر)، فإن عدد الضحايا الذين يتطور لديهم اضطراب الضغوط تتزايد بشكل طردي، ولكن اتضح أن الارتباط بين مقدار الضغط في

الحادث الصدمي والاضطراب النفسي الناتج يُعَدُّ ارتباطاً منخفضاً عادة. ويبدو أن الصدمة يجب أن تكون ذات شدة كافية حتى يُجبَر الأفراد على أن يضعوا على جدول أعمالهم أسئلة أساسية عن أنفسهم وعن علاقاتهم بالعالم المحيط بهم، ويفترض «إبشتاين» Epstein عام ١٩٩٠ أن الناس عندما يمرون بخبرة حادث صدمي فمن الممكن أن تلح عليهم أربعة أسئلة كما يلي:

١ - هل العالم خَيِّر أو شرير؟

٢ - هل للعالم معنى أو أنه غفل من المعنى؟

٣ - هل أنا شخص جدير ومستحق ومهم أو غير ذلك؟

٤ - هل الآخرون جديرون بالثقة أو غير جديرين بها؟

وتبرز هذه الأسئلة بعد صدمة حادة، وتظهر كذلك نتيجة لظروف عنيفة أو كارثة موصولة ومستمرة كالاختطاف أو تكرار الاغتصاب مثلا. وتعتمد الإجابة التي يقدمها الفرد لهذه الأسئلة الأساسية - جزئياً - على بقية العوامل الأربعة التي نعرض لها فيما يلي.

ب - الخلل في الشخصية أو الاضطراب الانفعالي الموجود سلفاً:

كشفت بعض الدراسات على معدلات حدوث اضطراب الضغوط PTSD في الولايات المتحدة الأمريكية أن المشكلات السلوكية قبل عمر الخامسة عشرة تعد منبئاً باضطراب الضغوط لدى حدوث صدمة، وكانت المشكلات السلوكية التي تم قياسها كما يلي: السرقة، والكذب، والهروب من المدرسة، والتخريب المتعمد للممتلكات، والهروب من المنزل، والشجار، والسلوك السيىء في المدرسة، والخبرة الجنسية المبكرة، وسوء استخدام المواد ذات الآثار النفسية، والطرد من المدرسة أو إيقاف القيد، والتحصيل الدراسي المنخفض، والجنوح.

ويبدو أن بعض الأشخاص الذين توجد لديهم هذه المشكلات السلوكية قد يعدون مؤهلين لتشخيص اضطراب الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي

الثالث المعدل مثل: اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع(*)، أو اضطراب الشخصية البارانويدية.

جـ - وجود التاريخ الأسري للاضطراب:

كشفت دراستان أن أكثر من نصف المصابين باضطراب الضغوط لديهم تاريخ أسري من الاضطراب الطبي النفسي، فقد اتضح من إحداها أن ٦٦٪ من الجنود المحاربين الذين أصيبوا باضطراب الضغوط لهم مثل هذا التاريخ. كما أسفرت الدراسة الأخرى أن ٥٥٪ في مركز خدمة الطوارئ للمصابين بصدمة لديهم تاريخ أسري من الاضطراب الطبي النفسي.

إن الاتجاهات الأساسية لدى الفرد نحو الحياة توضع بذورها داخل سياق الأسرة. وتمثل التغذية الراجعة Feedback في العلاقات بين الأشخاص - في النموذج المعرفي - تأثيراً بيئياً مهماً على كل من الأفكار والمشاعر والسلوك. وحيث يوجد تاريخ أسري من الاضطراب يزداد احتمال تقبل مجموعة من الاتجاهات غير التكيفية من قِبَلِ الأبناء.

د - أسلوب المواجهة والتغلب على المشكلات:

قد يكون أسلوب المواجهة Coping أكثر المنبئات أهمية في الاستجابة للصدمة. ويميز «لازاروس» Lazarus بين أسلوبين أساسيين للمواجهة والتغلب على المشكلات كما يلي:

أولاً: الأسلوب الفاعل Active: ويتلخص في المجابهة المباشرة للضغوط.

ثانياً: الأسلوب الملطف المخفف Palliative: ويشير إلى السيطرة على الاستجابات الانفعالية لدى الفرد عن طريق تعاطي الكحول أو القيام بإجازة على سبيل المثال.

(*) من المبادئ التي يعتنقها أصحاب اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ما يلي:
- الغاية تبرر الوسيلة.
- من لا يتذأب تأكله الذئاب.

وتؤكد الأدلة الواقعية العملية على قيمة أسلوب المواجهة الفاعل أو الفعال، فقد ظهر أن أفضل منبئ لمستوى الاضطراب النفسي التالي لفيضان «بافلو كريك» (انظر الفصل الثاني عشر) ما إذا كان الناس قادرين على تنظيف منازلهم وإصلاحها، وتقديم مساعدة شخصية للآخرين.

هـ - نقص المساندة الاجتماعية Social Support

اتضح أن مآل حالة المكتئبين الذين شُفوا بعد خروجهم من المستشفى يعتمد إلى حد بعيد على مستوى الانفعال الذي تعبر عنه أسرهم، فإذا كانت الأسرة شديدة الانشغال أو ناقدة، فإن احتمال حدوث النكسة عندئذ يكون كبيراً. وكثيراً ما يكون الاكتئاب مشكلة أساسية في إيقاظ الصدمة، وغالباً ما يتداخل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ومن ثم فمن المعقول أن نتوقع أن طبيعة المساندة ودرجتها ونوعها والتفاعل الذي يلقاه المصدوم مع الأشخاص المهمين له يمكن أن يخفف من اضطراب الضغوط أو يجعله يتفاقم.

إن ما يحدث غالباً للفرد الذي لا يتلقى مساندة أسرية أنه سيصبح أكثر قابلية لتأثير الصدمة، مع زيادة خطر استمرار المعاناة منها، ويجب ألا ننسى أن المساندة في ذاتها ليست هي المهمة بل إن «إدراك الشخص لهذه المساندة» هو الذي يمكن أن يقلل من أثر الصدمة (انظر: Scott & Stradling, 1992, pp.22-26).

ونلخص في الفقرة التالية عوامل الخطورة Risk factors التي تزيد من احتمالات حدوث اضطراب الضغوط.

٢ - عوامل الخطورة التي تزيد من احتمالات حدوث اضطراب الضغوط

تتلخص عوامل الخطورة فيما يلي:

١ - شدة الحادث الصدمي وعنفه وطول فترة التعرض له (هذا أول عامل وأخطره).

٢ - التعليم المنخفض.

٣ - المشكلات السلوكية في الطفولة.

٤ - التاريخ الأسري للاضطراب النفسي.

٥ - التاريخ الأسري المتعلق بسوء استخدام المواد.

٦ - معدل العصابية.

٧ - معدل الاكتئاب سابقاً.

٨ - معدل القلق قبل الحادث.

٩ - جنس المفحوص: النساء أكثر قابلية لتطوير الاضطراب.

١٠ - الخبرات الصدمية السابقة: التعرض لصدمات سابقة يزيد الخطورة.

١١ - العمر: العلاقة منحنية تشير إلى أن الخطورة الأكبر لدى متوسطي العمر (Green, 1995).

٣ - عوامل الإصابة باضطراب الضغوط

عالجنا في الفقرة الأولى من هذا الفصل أهم العوامل المهيئة لاضطراب الضغوط، وتوضيحاً لتأثير هذه العوامل فقد اهتم كثير من الباحثين بفحص عديد من العوامل لدى الضحية قبل الصدمة مثل: التاريخ الأسري، والتوافق النفسي الاجتماعي، وردود الأفعال الانفعالية للضغوط، وطبيعة الصدمة ذاتها (مدة الحادث الصدمي وشدته)، هذا فضلاً عن الاستجابة الفورية للحادث من قبل المفحوص. ونعرض في الفقرات التالية - بشكل أكثر تفصيلاً - لأهم هذه العوامل.

أ - عنف الصدمة وشدة التعرض لها:

من البدهي أن نفترض أن عنف الحادث الصدمي وشدة التعرض له (كما في حالات القتال والجرائم وأبرزها الاغتصاب ومحاولة القتل) يرتبط ارتباطاً وثيقاً

باحتمالات الإصابة باضطراب الضغوط. وقد أجريت دراسات مستفيضة في هذا الصدد وبخاصة ما يتصل منها بالحرب، وبشكل خاص متغير عنف القتال ووجود الجندي في منطقة خطرة.

وحيث إن الحرب والقتال حادث صدمي وتربة خصبة لنشأة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وتطوره، فقد تم تقدير بعض المتغيرات السابقة على التجنيد في الجيش لدى من يصابون بهذا الاضطراب، ومن لم يصابوا به، وذلك مثل: مستوى التعليم، والمركز المهني، ووظائف الأسرة، والتاريخ الأسري، والسجلات العسكرية للمفحوصين، ومدة التعرض للقتال، وعنف القتال، والإدمان على الكحوليات، والاعتماد على العقاقير، وتوصل الباحثون في هذه الدراسة إلى أن التعرض للقتال يستوعب معظم التباين؛ أي أن له الأثر الأكبر في شدة الإصابة بهذا الاضطراب، وذلك بالنسبة إلى التوافق قبل الحرب.

وكشفت دراسة «فوي» Foy وصحبه عام ١٩٨٧ أنه في حين يوجد معدل أعلى من الاضطراب النفسي في عائلات المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة فإن الدور الذي قام به التاريخ الأسري لم يكن جوهريا لدى المحاربين الذين تعرضوا للقتال بدرجة عنيفة؛ أي أن نسبة كبيرة من المحاربين الذين تعرضوا للقتال الشديد طوروا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بصرف النظر عما إذا كان لديهم تاريخ أسري من المرض العقلي أو النفسي أو لم يكن. **ولكن المحاربين الذين واجهوا مستويات منخفضة من التعرض للحرب مع وجود تاريخ أسري للاضطراب النفسي مالوا إلى تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة بتكرار أكبر** من المحاربين الذين لم يكن لديهم تاريخ أسري للاضطراب النفسي.

والنتيجة الأساسية لهذه الدراسة مؤداها أن أهم متغير يؤثر في تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو مستوى التعرض للحرب، وذلك أكثر من أيّ متغير آخر، ويؤكد ذلك - بشكل جيد - نموذج الإشراط التقليدي في نشأة هذا الاضطراب، فإذا كان التعرض للحادث الصدمي يُنظَر إليه على أنه منبه غير شرطي فإننا يمكن أن نتوقع أن اكتساب الاستجابة غير الشرطية يمكن أن يرتبط

إيجابيا بقوة المنبه غير الشرطي (Foy *et al.*, 1992). وعلى الرغم من هذه النتيجة فإن شخصية الضحية قبل الحادث الصدمي جديرة ببحث مستقل لبيان حقيقة الدور الذي تقوم به في الإصابة بهذا الاضطراب.

وإن إفراد فئة تشخيصية خاصة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل الثالث والثالث المعدل والرابع مَثَّل تغيراً كبيراً في وجهة النظر نحو هذا الاضطراب؛ لأنه تضمن اعترافاً بأن كثيراً من الناس - بصرف النظر عن تاريخهم قبل المرض - يمكن أن يتأثروا تأثراً سيئاً بكارثة شديدة أو مصيبة فظيعة تتسبب في ضغط شديد وغامر عليهم، كما يجب التمييز بين ردود أفعالهم والاضطرابات الأخرى. ومن ثم فإن اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي أُدرج في الدليل التشخيصي الثالث والدليل الرابع قد نقل **«اللوم» من الشخص الذي نجا من الكارثة إلى الحادثة أو الكارثة ذاتها.**

ب - العوامل الشخصية والاجتماعية قبل الكارثة:

على الرغم من أهمية عامل عنف الصدمة فمن الأهمية بمكان ألا نغفل دور العوامل الشخصية لدى الفرد قبل إصابته بهذا الاضطراب، وذلك لسبب بسيط مؤداه أنه ليس كل الناس الذين تعرضوا للنوع نفسه من الصدمة يصابون بهذا الاضطراب، فيطورونه، وتنشأ لديهم أعراضه. فإذا كان الحادث الصدمي هو العامل المُفجِّر على السطح فإن هناك عوامل مُهَيِّئة كسمات الشخصية مثلاً.

وقد ركزت البحوث الحديثة على فحص «المتغيرات الشخصية» التي تميز بين أولئك الذين يطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد اشتراكهم في الحرب ومن لم يطوروا هذا الاضطراب، مثال ذلك ما ظهر من دراسة على المحاربين الإسرائيليين في أثناء اجتياح لبنان عام ١٩٨٢، من أن تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة يرتبط بأسلوب العزو الاكتئابي Depressive Attributional Style وهو الأسلوب الذي يعزو فيه الفرد المكتئب فشله إلى نفسه، والعزو Attribution هو التفسير الذي يضعه الفرد لسلوكه، كما اتسم هذا الأسلوب في مواجهة

المشكلات بالتركيز على المشاعر الشخصية (كأن يقول الفرد لنفسه: إنني لن أستطيع تغيير مشاعري)، أكثر من التركيز على المشكلات ذاتها (Davison & Neale, 1990, p.158).

كما ظهر أيضاً أن ضحايا الاغتصاب اللاتي كانت لديهن مشكلات نفسية قبل حادث الاغتصاب، واللاتي كن يصارعن مواقف الحياة الضاغطة يرتفع معدل الخطر لديهن في اتجاه تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويُذكّرنا ذلك - من جانب آخر - بحقيقة مؤداها أن كثيراً من الناس يستجيبون للمواقف العصيبة بمجموعة من الاتجاهات الإيجابية التي يمكن أن تسمى بوجه عام الجرأة أو شدة التحمل Hardiness، والتي تمكنهم من ممارسة حياتهم بقدر من الثبات والجلد Fortitude والسيطرة والضبط والتعهد والالتزام (Comer, 1992, p.218).

ومن ناحية أخرى فشل استعراض حديث للعوامل السابقة على المرض Premorbid factors لدى المحاربين في فيتنام في أن يكشف عن إسهام المتغيرات التالية: العمر، والعنصر أو السلالة، والمركز الاجتماعي الاقتصادي، ومستوى التعليم، ودرجة الاكتئاب. ولكن وُجد أن أقوى منبئ وأكثر المؤشرات اتساقا هو «عنف التعرض للحرب». وهذا ما حدا ببعض الباحثين إلى افتراض أن العوامل السابقة على المرض مثل التاريخ الأسري للاضطراب النفسي يمكن أن يكون له دور فقط عندما تكون شدة الموقف العصيب منخفضة نسبياً (Davison & Neale, 1990, p.158).

وعلى الرغم من أن شخصية الفرد يُفتَرَض أن تؤثر في إصابته أو عدم إصابته بالاضطراب بعد التعرض لضغط ناجم عن صدمة، فإن هذا التأثير - كما أسفرت عنه الدراسات السابقة - يجب ألا نعوّل عليه كثيراً بالمقارنة إلى عنف الصدمة ذاتها. ومع ذلك يتعين أن نركز على تفاعل العوامل، فنحن أمام اضطراب مركب وظاهرة متشابكة.

وقد أسفرت البحوث عن أن هناك تشكيلة من العوامل الجسمية والنفسية

والاجتماعية المختلفة التي تحدد بداية اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فإن المشكلات المرضية الموجودة سلفاً - على سبيل المثال - تسهل تطور هذا الاضطراب، فقد وجد «هيلزار» Helzer وصحبه عام ١٩٨٧ أن الأفراد الذين كان لديهم مشكلات سلوكية قبل سن الخامسة عشرة (كالسرقة والكذب والغياب من المدرسة دون إذن، والشجار، وسوء استخدام العقاقير) يزداد الاحتمال لديهم - بدرجة جوهرية - لتطوير هذا الاضطراب أو بعض أعراضه، وذلك بالمقارنة إلى الأشخاص الذين لم يكن لديهم هذه المشكلات في طفولتهم. وبالطريقة ذاتها فإن الأفراد الذين كان لديهم تاريخ أسري من المشكلات الطبية النفسية، هناك احتمال أكبر عندهم لتطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة إذا تعرضوا للقتال في الجيش من أولئك الذين ليس عندهم هذه الخلفية. ومن الناحية الإيجابية فإن المساندة الاجتماعية تحمي من الإصابة بهذا الاضطراب، فكلما كانت شبكة العلاقات الاجتماعية في الأسرة أو مع الأصدقاء أقوى، قَلَّت فرصة تطوير هذا الاضطراب (Wilson *et al.*, 1992, p.115) كما أسلفنا. يتضح من نتائج هذه الدراسات إذن أن الصدمة شرط ضروري ولكنها ليست وحدها كافية لظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ويرتبط بهذه العوامل الشخصية والاجتماعية المتفاعلة التي أسلفنا الحديث عنها، متغير إدراكي معرفي على درجة كبيرة من الأهمية، ألا وهو الإدراك الاجتماعي Social perception للحادث الصدمي من قِبَلِ الضحية ووجهة نظرها إليه، فضلا عن نسق الاعتقاد الذي تحوزه، وهو ما نعرض له في الفقرة التالية.

جـ - وجهة نظر الضحية إلى الحادث الصدمي:

لا بد - في دراسة أسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة - من دراسة وجهة نظر الضحية إلى الحادث الصدمي، فقد ينظر من تعرض لحادث صدمي إلى أن هذا الحادث عامل تفكيك لشخصيته و مصدر شقاء لنفسه. وقد ينظر آخر إلى هذا الحادث على أنه ابتلاء واختبار من الله سبحانه وتعالى، أو أنه تكفير لسابق

ذنوبه، أو أنه حادث يمكن أن يحدث لأي شخص، أو أنه خبرة صعبة يتعين عليه أن يخرج منها صلب العود قوي البنيان راسخ العقيدة أفضل مما كان، وكثير من الأفراد من هذا الصنف يوافقون على هذه المقولة: «إن الضربة التي لا تقتلني؛ تزيدني قوة»!

ومن الممكن أن نفترض - اعتماداً على عدد كبير من الدراسات السابقة - أن التوجه إلى أيّ من هاتين الوجهتين السابقتين تحدده عوامل شتى، ويجب أن نُبرز عاملاً محدداً من بين هذه العوامل ونؤكد عليه، وهو أبعاد الشخصية السابقة على هذا الحادث الصدمي، فمن الممكن أن تحدد سمات الشخصية احتمالات الاستجابة للحوادث الصدمية، وهنالك - بوجه عام - شخصية هشة Fragile ضعيفة تنهار بسهولة تحت الضغط، ويكون لمثل هذه الشخصية عادة درجة مرتفعة على بعد العصابية Neuroticism؛ أي الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي أي العصاب Neurosis، كما تتسم بعدم الاتزان الوجداني والفجاجة الانفعالية والتقلب(*) والقابلية للجرح. مثل هذه الشخصية - على الأرجح - مهيأة أكثر من غيرها للوقوع فريسة اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولكن نموذج العوامل المتعددة - مرة ثانية - هو الأصوب غالبا في هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى فيجب ألا ننسى أن قوة العقيدة وعمق الإيمان لدى الضحية يمكن أن يؤثر تأثيراً إيجابياً كبيراً في الاستجابة للحادث الصدمي، فمن الممكن أن يتلقى الإنسان الصدمة على أنها نوع من الاختبار والابتلاء والامتحان - والامتحان من المحنة، اختصه الله سبحانه وتعالى به، إما ليختبر قوة إيمانه ليظهر: هل يشكر أم يكفر؟ أو ليُكَفِّر به طرفاً من ذنوبه، فإذا كانت الشوكة يشاكها الرجل تُكفِّر الذنوب والخطايا، فما بالنا بهذا الابتلاء الصعب والامتحان العسير المتمثل

(*) انظر لتفصيل القول عن هذا البعد: أحمد عبدالخالق (١٩٩٠، الفصل السابع).

في الحادث الصدمي على أنواعه؟ ومن ثم يجب أن نهتم بالدور الكبير الذي يمكن أن تقوم به قوة العقيدة وعمق الإيمان في الدفاع ضد تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

والواقع إن الأشخاص الذين يُشخَّصون على أن لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة يختلفون بعضهم عن بعض بالتأكيد في جوانب لا حصر لها قبل الصدمة، ولقد واجه الإيقاع السوي لحياتهم كسراً عنيفاً هَدَّمَ كثيراً من الافتراضات والاعتقادات لديهم (انظر الفصل الخامس)؛ إذ حدث لهم حادث جلل ذو أهمية وخطر، وبمصطلحات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (APA, 1987, p.247) فقد حدث لهم «حادث مضايق ومزعج من الناحية النفسية يعد خارج مدى الخبرات الإنسانية العادية، بحيث يكون العنصر الضاغط الذي تسبب في هذا الاضطراب مضايقاً ومزعجاً ومؤلماً لأيّ إنسان تقريباً»، أو - كما ورد في الدليل الرابع - **«تتضمن استجابة الفرد لهذا الحادث درجة مرتفعة من الخوف والعجز والرعب»** (APA, 1994, p.428).

د - نظم المساندة الاجتماعية:

تعد نظم المساندة الاجتماعية Social support systems من أهم عوامل الدفاع ضد الحوادث الصدمية، فقد ظهر أن الأشخاص الذين يحاطون بأنساق أو نظم قوية تساندهم بعد حادث الصدمة أقل قابلية لتطوير الاضطراب، فإن ضحايا الاغتصاب اللاتي يشعرن بأنهن محبوبات من قِبَلِ الأصدقاء أو الأقارب: يعتنون بهن، ويقدرونهن، ويتقبلونهن يرجح كثيراً أن يشفين بنجاح من هذا الاعتداء الجنسي. ويبدو أن عدم مساندة المجتمع لها تأثير عكسي، فعندما تُحقَّر ضحية الاغتصاب، وتتلقى صدمة أخرى من ممثلي العدالة، فمن المحتمل أكثر أن تُطَوِّرَ أعراضاً تستمر زمناً، وقد تكررت النتيجة ذاتها بالنسبة لمحاربي فيتنام، حيث بينت التقارير الإكلينيكية أن أنساق المساندة الاجتماعية الضعيفة أو نظمها كان لها دور في تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى بعض المحاربين (Comer, 1992, p.218).

٤ - النماذج النفسية لتفسير اضطراب الضغوط

من الواضح أن السبب في اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو تلك الصدمة التي تعرض لها الفرد، شريطة أن تكون لهذه الصدمة خصائص محددة أهمها أن استجابة الإنسان لها تتسم بالخوف والعجز والرعب، وأن هذا الحادث يسبب أكبر قدر من العنت والضيق والمشقة كما سبق أن فصلنا. وقد كرس الباحثون في هذا المجال جهودهم لوضع نماذج لتفسير حدوث هذا الاضطراب، وقدمت نماذج سيكولوجية، وسيكولوجية بيولوجية متعددة لتفسير أسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتحاول هذه النماذج الإجابة عن هذين السؤالين بوجه خاص:

أ - إذا تعرض عدد من الأشخاص لصدمة شديدة، فلماذا يطور بعضهم أعراضاً تُعَجِّزهم، على حين لا يطور آخرون الأعراض ذاتها؟

ب - من بين من يكشفون عن ردود فعل للضغوط، لماذا يُشفى بعضهم على حين يطور بعضهم اضطراباً مزمناً؟

ونعرض فيما يلي لعدد من النماذج التي وضعت لتفسير اضطراب الضغوط.

أ - الإشراط التقليدي:

استُخدم الإشراط التقليدي Classical conditioning - وهو نظرية «بافلوف» Pavlov في التعلم الشرطي - لتفسير تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وبيان كيفية عمل الصدمة.

والإشراط نوع من التعلم الاقتراني الذي يتم بتوافر شروط معينة، والشكل التقليدي البافلوفي (نسبة إلى الفيزيولوجي الروسي «بافلوف») لهذا النوع المهم من التعلم هو تكوين اقتران Conjunction بين الطعام (منبه غير شرطي) وصوت جرس (منبه شرطي)، وذلك بتكرار تقديمهما متقاربين بشروط محددة مرات عديدة، تكفي لتكوين رابطة شرطية بينهما، بحيث يُكتفى بتقديم الجرس وحده

فيسيل لعاب الكلب (استجابة شرطية)، وقد قام الجرس هنا - بعد توافر شروط معينة - بدور النذير الذي يرمز للطعام، وينوب عنه، وينبئ به.

وقد بدأ «بافلوف» تجاربه على الكلاب، ثم مَدَّها على الآدميين، ووضع عدداً من قوانين الإشراط التي تحكم العلاقة بين المنبهات والاستجابات، الشرطية وغير الشرطية. واندفع عدد غفير من علماء النفس والفيزيولوجيا - منذ أوائل هذا القرن - في كثير من بلاد العالم وأهمها الولايات المتحدة (معمل هورسلي جانت Gantt مثلا) لإجراء تجارب مناظرة على الإشراط، وتطويره وتحسينه، وابتكار أنواع جديدة له، وتطبيق نتائجه على الإنسان في عمليتي التشخيص والعلاج. ولكن ما علاقة الإشراط باضطراب الضغوط التالية للصدمة؟

بما أن الحادث الصدمي ينجم عنه هذا الاضطراب فقد اعتقد باحثون كثيرون أن الإشراط التقليدي متضمن في هذا الاضطراب، ويعد مفسراً له. كما اتضح أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب يكشفون غالباً عن استجابات معينة (بالخوف عادة) لمنبهات كانت موجودة إبان الصدمة (كالظلام، والوقت المحدد من اليوم، ورائحة البنزين، وصوت المحرك). وظهر كذلك أن الانطفاء أو التلاشي أي الشفاء لا يحدث إذا تجنب الفرد التفكير في الموقف (Sue *et al.*, 1990, p.170).

واعتماداً على نظرية «بافلوف» في الإشراط التقليدي يُنظر إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه منبهات مرتبطة بصدمة عنيفة (المنبه غير الشرطي) تثير استجابات الضغوط، والأخيرة جزء من الصدمة الأصلية، وكلما كانت الصدمة عنيفة كان احتمال الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة أكبر، وفضلا عن ذلك فإن التعرض المتكرر للمنبهات المرتبطة بالصدمة في الشهور التالية يقلل من الضيق، وذلك كما نتوقع تماما من انطفاء الاستجابة الشرطية.

والانطفاء أو التلاشي Extinction قانون من قوانين التعلم الشرطي، ويعني تدهور أو انتهاء أو تناقص الاستجابة الشرطية التي سبق أن تكونت لدى الإنسان أو الحيوان، وتحدث - في تجارب «بافلوف» التقليدية - بعد تقديم المنبه الشرطي

(الجرس) دون تدعيم من المنبه غير الشرطي (الطعام)، وينتج الانطفاء عن الكف وهو عملية في لحاء المخ، وللانطفاء مظهران: طول فترة الكمون، وتناقص عدد قطرات اللعاب. والانطفاء في علم النفس الإكلينيكي بوجه عام هو الشفاء.

ومع ذلك فإن التعرض لحادث صدمي شرط ضروري ولكنه شرط غير كاف لحدوث اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وكما هو الحال في المخاوف المرضية Phobias فليس كل فرد يَخْبُرُ حادثاً صدمياً ويمر به يكشف عن أعراض اضطراب المخاوف المرضية، فعلى سبيل المثال فإن الغالبية العظمى من المحاربين في فيتنام لم يطوروا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد يشعرون في الحقيقة أن خبرتهم قد جعلتهم أقوياء من الناحية الانفعالية، (Wilson *et al.*, 1992, pp.114-115)، وهذا على العكس من بعضهم الذي سقط فريسة الاضطراب. وكما يقال في الأمثال: «إن النار التي تُذيب الزبد تُجمِّدُ البيض»!

ب - نظرية العاملين (مورار):

نعرض فيما يلي لنموذج من أهم النماذج السيكولوجية التي تستوعب الحقائق المتاحة في هذا المجال، وهو نموذج «مورار» Mowrer الذي وضع نظرية من عاملين، استخدمهما الباحثون في تصور أسباب الاضطراب وأعراضه، وتبعا لنموذج التعلم هذا فإن الإشراط التقليدي والوسيلي يؤثران في تجنب الإشراط، والعامل الأول في هذه النظرية هو الإشراط التقليدي لاستجابة الخوف، حيث يزاوج أو يقرن منبهاً كان محايداً فيما مضى بمنبه غير شرطي UCS مزعج أو مضايق، وينجم عن ذلك استجابة خوف غير شرطية UCR، ومن ثَمَّ فإن المنبه المحايد يصبح منبها شرطياً CS ويثير الاستجابة الشرطية CR للخوف.

ومن خلال عملية الإشراط من الرتبة الأرقى وتعميم المنبه يمكن أن تُعزى استجابة الخوف الشرطية إلى منبهات محايدة إضافية يتم التزاوج بينها أو قرنها والاستجابة الشرطية، أو تُعَمَّمُ إلى منبهات مشابهة للمنبه الشرطي.

والعامل الثاني في هذه النظرية ثنائية العوامل يشير إلى التعلم الوسيلي Instrumental لاستجابات التجنب Avoidance، وذلك للهرب من الخوف الذي يثيره المنبه الشرطي أو للتقليل منه، وما دام الهرب أو تجنب المنبه الشرطي قد تم تعلمه، فإن سلوك التجنب يتم تدعيمه بشكل سلبي نتيجة لخفضه لاستجابة القلق، وقد استخدم بعض الباحثين هذه النظرية لتفسير أسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبخاصة بعد الحرب والاغتصاب.

جـ - نموذج «فو، وكوزاك»:

افترض كل من «فو، وكوزاك» Foa & Kozak عام ١٩٨٦ نموذجاً معرفياً سلوكياً يفسر اضطراب الضغوط التالية للصدمة، متضمناً عنصر المعنى Meaning في الحادث الصدمي. ويَستخدم هذا النموذج مفهوم «تراكيب الخوف Fear Structures الذي وضعه «لانج» Lang، حيث افترض أن الشبكة المعرفية لتراكيب الخوف تشتمل على ثلاثة عناصر أساسية كما يلي:

١ - معلومات عن موقف المنبه.

٢ - معلومات عن الاستجابات الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية للمنبه.

٣ - معنى الرابطة بين المنبه والاستجابة.

وافترض كل من «فو، وكوزاك» أن مركب الخوف، والذي يشتمل على مكونات معرفية ووجدانية، يتضمن أيضا معنى للحادث على أنه خطر، وافترض «فو» وصحبه أن المتغير المسبب الذي يفرق اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبقية اضطرابات القلق هو أن الشخص يعزو معنى الخطر إلى المنبهات التي كانت ترتبط بالأمان فيما مضى (Foy *et al.*, 1992).

د - نموذج آل «سو» متعدد العوامل:

ينقد آل «سو» نموذج الإشراط التقليدي بوصفه تفسيراً لحدوث الاضطراب في قولهم: إنه لا يعد كافياً في كل حالة، فليس كل فرد تعرض لحادث صدمي

يصاب باضطراب الضغوط التالية للصدمة. فقد ظهر أن من بين العوامل الأخرى التي تؤثر في نشأة هذا الاضطراب وتطويره ما يلي:

أ - الخصال الشخصية لدى الفرد.

ب - إدراكه الشخصي للحادث.

جـ - وجود جماعات مساندة له.

د - عنف الصدمة وشدتها.

وتبعاً لهذا النموذج فإن درجة الصدمة أو عنفها متغير واحد في نشأة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكن أساليب المواجهة Coping styles الذاتية لدى الفرد، والبيئة المساندة التي تساعده على الشفاء يمكن أن تقلل من الآثار السيئة للصدمة، وقد كشفت إحدى الدراسات أن المحاربين الذين طَوَّروا هذا الاضطراب يمكن أن تحدث لديهم أضرار قوية ومستمرة: يدنو أجلهم، ويشعرون بأنهم مذنبون أكثر فيما يتعلق بدورهم في الحادث، ويشعرون بمساندة أقل من قِبَلِ عائلاتهم. كما لوحظ أن ضحايا غشيان المحارم أو سفاح القربى (الاتصال الجنسي بين من تحرِّم الشريعة الزواج منهم) الذين استطاعوا أن يفلسفوا (أو يلحقوا معنى) لاستخدامهم ضحية، كشفوا عن توافق أفضل بالمقارنة إلى أولئك الذين لم يستطيعوا أن يعيدوا تحديد الحادث (Sue *et al.*, 1990, p.170).

٥ - التفسيرات البيولوجية لاضطراب الضغوط

وُجِّه مزيد من الاهتمام للجوانب البيولوجية في اضطراب الضغوط، وتشير الدراسات إلى أن مختلف الأجهزة البيولوجية تتأثر بهذا الاضطراب، ومثال ذلك: الجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي الطرفي السمبثاوي، والمحور الذي يشمل ما تحت المهاد والغدة النخامية والغدة الكظرية HAP، وجهاز التثبيط Opioid، ودورة النوم اليومية... وغير ذلك (Ursano *et al.*, 1994).

وافترض بعض الباحثين أن للعوامل البيولوجية (وبخاصة الفيزيولوجية) دوراً كبيراً في الاستجابة للصدمة، حتى إن بعضهم افترض وجود مركز للصدمة في المخ Brain trauma center (انظر: Janoff-Bulman, 1992, p.67).

ويرى بعض الباحثين أن «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» زملة Syndrome (أي مجموعة أعراض) إكلينيكية حقيقية وخطيرة. ويبدو أن «المخلوق الآدمي ليس مبرمجاً من الناحية البيولوجية للعمل خلال مثل هذه الصدمات النفسية الكبيرة كالحرب أو الاغتصاب وغيرهما من المواقف العصيبة الضاغطة» (Peterson *et al.*, 1991, p.viii).

واعتماداً على التغيرات الفيزيولوجية الكثيرة المرتبطة باضطراب الضغوط (انظر جدول ١٦) فقد أكد الباحثون في هذا المجال على التفسير البيولوجي الفيزيولوجي.

جدول (١٦): التغيرات الفيزيولوجية المرتبطة باضطراب الضغوط

التغيرات الفيزيولوجية
١ - تنبه الجهاز العصبي السمبثاوي:
أ - ارتفاع المؤشرات السمبثاوية القاعدية.
ب - الاستجابة المفرطة للمنبهات المحايدة.
جـ - الاستجابة المفرطة للمنبهات التي تشبه الصدمة التي ووجهت.
٢ - زيادة منعكس الإجفال:
أ - العتبة المنخفضة للإحساس.
ب - زيادة المدى أو السعة في منعكس الإجفال.
٣ - نمط منخفض من إثارة الجهد اللحائي في الاستجابة للمنبهات المحايدة.
٤ - شذوذ في فيزيولوجية النوم (بدء النوم والمحافظة عليه):
أ - زيادة فترة الكمون في النوم (من الاستلقاء على السرير حتى الاستغراق في النوم)، وزيادة حركات الجسم، وزيادة عدد مرات الاستيقاظ.
ب - تناقص الزمن الكلي للنوم، وتناقص كفاءة النوم.
جـ - اضطرابات في نمط النوم.
د - كوابيس صدمية، تعد فريدة في نوعها، ومختلفة عن الأنواع الأخرى من الكوابيس.

(عن: Meichenbaum, 1994, p.40).

كما يكشف مرضى اضطراب الضغوط - من الناحية الفيزيولوجية - عن الأعراض التالية:

١ - تنبه زائد للجهاز العصبي السمبثاوي (استجابة جفول شاذة، تَعَوُّدٌ بطيء للمنبهات التي تقدم بصورة متكررة)، كما يكشفون عن استجابات سمبثاوية مرتفعة للمنبهات التي تُذكِّرهم بالحوادث الصدمية التي واجهوها.

٢ - انخفاض وظائف المحور المهيدي النخامي الكظري HPA، وزيادة الحساسية للتغذية الراجعة لهذا المحور.

٣ - اختلال في انتظام جهاز التثبيط Opioid الداخلي.

٤ - تغيرات في فيزيولوجية النوم والأحلام (الأرق).

(Meichenbaum, 1994, p.39). (انظر كذلك لمزيد من التفصيل: Yehuda & McFarlane, 1997).

ومن ناحية أخرى فإن بعض الجوانب البيولوجية لاضطراب الضغوط قد فُحصت باستخدام النماذج الحيوانية. ومن الممكن أن يوازي النموذج التجريبي الخاص بالضغط الذي لا يمكن الهروب منه Inescapable stress لدى الحيوان، التعرض للضغوط التي يمر بها الأفراد الذين يصابون باضطراب الضغوط (Ursano *et al.*, 1994).

فقد أضاف «سيليجمان، وبيجلس» عام ١٩٧٥ إضافة مبكرة لهما بالتوصل إلى نتائج على الحيوانات تبرز التغيرات السلوكية والكيميائية العصبية الناتجة عن الضغط الذي لا يمكن الهروب منه، وسميت النتيجة السلوكية: العجز المتعلم Learned helplessness، ويصف العجز المتعلم الموقف الذي تكون فيه الحيوانات قد تعرضت سابقاً لصدمة لا يمكنها الهروب منها، حيث لا يقوم الحيوان بأي محاولة للهرب في الصدمة التالية، حتى لو كان هناك طريق للهرب من الصدمة.

ويرتبط الضغط الذي لا يمكن الهروب منه بالإعاقة في التعلم والذاكرة، والتي ترتبط بدورها بتغيرات في تراكيب أو أبنية معينة في المخ بما في ذلك الفص الأمامي

Temporal Lobe، واللوزة Amygdala، وحصان البحر Hippocampus، ويرتبط الضغط الذي لا يمكن الهرب منه أيضا باستجابات الخوف الشرطية المتعلقة بالتعرض للصدمة، وذلك مثل الخوف والرعب الذي يثار لدى ضحية الاغتصاب التي تمر بخبرة تُذَكِّرها بالصدمة، ومن الممكن استخدام النماذج الحيوانية للتعرف إلى التغيرات البيولوجية العصبية التي تحدث لدى الآدميين الذين يطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة (Ursano *et al.*, 1994).

٦ - النظريات المفسرة لنشأة الأمراض المرتبطة بالضغوط

إذا حدثت مواجهة للضغوط فإن الآثار المرضية للضغوط تتناقص، ولكن أساليب المواجهة إذا لم تكن ناجحة فإن تنشيط العضو المستهدف سوف يستمر إلى مستويات متزايدة، ويحدث مرض أو خلل في وظيفة هذا العضو، على اختلاف في الوقت، فتنهار الأعضاء المستهدفة تحت «البلى والتمزق» المستمرين.

وتوجد نظريات عديدة تتصل بتحديد كيف تؤدي الضغوط إلى أمراض محددة أو اضطرابات، ولماذا يحدث ذلك. ويعرض لها «ميتشيل، وإيفرلي» (Mitchell & Everly, 1995, pp. 25-26) كما يلي:

أ - نظرية التغير:

يشير أصحاب هذه النظرية إلى أن «التغير» Change يسبب تكيفاً، وفيزيولوجية التكيف هي الضغط Stress، فتسبب التغيرات الكثيرة جداً أو التغيرات العميقة جداً أن يغمر الجسم الضغوط وتُربكه، وتكون النتيجة مرضاً مرتبطاً بالضغوط.

وقد وُضعت هذه النظرية لأول مرة لتُبرز أثر التغيرات الأساسية في الحياة مثل: تغيير الإقامة، والطلاق، والتخرج... وغيرها. وتَرجع هذه النظرية إلى بحوث «هولمز، وراهي» Holmes & Rahe عام ١٩٦٧. ولكنها عُدِّلت لتستوعب

آثار المشاحنات أو المضايقات Hassles البسيطة أيضاً تبعاً لكل من «لازاروس، وفولكمان». ولكن نظرية أحداث الحياة Life events فشلت في أن تبين بدقة كيف يؤدي التغير إلى المرض، أكثر من ذكرها أن الضغط الزائد يتسبب في أن يصبح العضو المستهدف مستنفد القوى مُجْهَداً.

ب - نظرية العضو الضعيف:

يرى أصحاب نظرية العضو الضعيف weak organ أننا جميعاً إما أن نولد أو نطور سريعاً عضواً ضعيفاً أو قابلا للإصابة مستعداً لها، وعندما نصبح مستثارين فإن هذا العضو هو الذي سيتحمل معظم الإجهاد. وكلما أصبح الشخص متألما أكثر تزايد الإجهاد على العضو الضعيف، حتى ينهار، ويسقط فريسة المرض، ومفتاح نشأة المرض هو ببساطة زيادة الحمل على العضو نتيجة التنشيط المتكرر.

ج - نظرية الفشل في الاتزان الحيوي:

اقترح نظرية الفشل في الاتزان الحيوي Homeostasis علماء النفس الفيزيولوجي في الستينيات والسبعينيات، ويذكر أصحاب هذه النظرية ببساطة أننا عندما نتنبه خلال الضغط فلا تتنبه كل الأعضاء بدرجة متساوية، فبعض الأعضاء ستصبح أكثر تنبهاً، وتستغرق وقتاً أطول للعودة إلى مستوى الحالة القاعدية لها فيما يختص بوظائفها، وتصبح هذه الأعضاء في النهاية مريضة نتيجة الضغط الزائد، والأساس في نشأة المرض - تبعاً لهذه النظرية - هو زيادة الحمل Over load على العضو نتيجة فشل في العودة إلى مستوى الخط القاعدي baseline للتنبه بسرعة.

د - نظرية اضطرابات التنبه:

نظرية اضطرابات التنبه Disorders of arousal إحدى النظريات الحديثة لتفسير الأمراض المرتبطة بالضغوط، وضعها «إيفرلي، وبنسون» Everly & Benson عام ١٩٨٩. ويرى هذان المنظِّران أنه إذا وُضِع شخصٌ ما تحت حالة من الضغط الزائد (حادّ جداً أو مرتفع جداً في مقداره) فإن مراكز التنبه للضغوط في المخ تصبح حساسيتها زائدة، ومن ثم تؤدى هذه الحساسية الزائدة إلى حالة تصبح

فيها الاستجابة للضغوط ناشطة بطريقة سهلة جداً، ويرى أصحاب هذه النظرية أن كل الأمراض المرتبطة بالضغوط يسببها تنبه Arousal عميق جداً أو حاد جداً يحدث داخل المخ والأجهزة المستجيبة له، فتقاسي الأعضاء المستهدفة عندئذ من الإجهاد المفرط، أي «البلى والتمزق»، ثم تنهار في النهاية، أو تختل وظيفتها نتيجة لذلك.

هـ - نظرية المرض الناتج عن نقص الحركة:

وضع نظرية نقص الحركة Hypokinetic في تفسير المرض عالما القلب «كراوس، وراب» Kraus & Raab عام ١٩٦١. وتنص على أن الضغط آلية إعدادية طبيعية، بحيث يُعِدّ الفرد للمجهود البدني، وإذا فشل الفرد في التعبير البدني الجسمي عن الاستجابة للضغط فإن هذا الضغط يصبح مَرَضياً، ولا يرجع ذلك إلى مجرد وجود الضغط، ومن ثم فإن الضغط الذي لا يؤدي إلى نشاط بدني يتزايد احتمال أن يصبح مَرَضياً بمرور الزمن.

* * *

الفصل الثامن
المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

١ - اضطراب الضغوط بوصفه فئة تشخيصية مستقلة.

٢ - اضطراب الضغوط بوصفه فئة فرعية في اضطرابات القلق.

٣ - المحكات التشخيصية للاضطراب:

أ - محكات الدليل الثالث المعدل.

ب - محكات الدليل الرابع.

٤ - التعديلات التي أدخلت في الدليل الرابع.

٥ - التشخيصات المصاحبة لاضطراب الضغوط ومعدلاتها.

٦ - اضطراب الضغوط والاعتماد على الكحول والعقاقير.

٧ - اضطراب الضغوط لدى الأطفال.

الفصل الثامن
المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

توالى حدوث الكوارث والصدمات والابتلاءات عبر القرون، وقد لاحظ الناس العاديون منذ زمن بعيد أن الناجين من هذه الكوارث يخرجون منها وقد تغير شيء ما فيهم، وأن هذا التغير يكون غالباً في اتجاه الاضطراب والعلة والسقم. وكان ذلك قبل أن يتصدى المتخصصون في كل من علم النفس والطب النفسي لدراسة هذه الظاهرة، ورصد آثارها، وتسجيل أعراضها.

ويعرض هذا الفصل لاضطراب الضغوط بوصفه فئة تشخيصية مستقلة، واضطرابات القلق باعتبارها الفئة الكبرى التي تضم أنواعا عدة من بينها اضطراب الضغوط، ثم المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط في الدليل الثالث المعدل والرابع، مع بيان التعديلات التي أدخلت في الدليل الثالث المعدل وتضمنها الدليل الرابع، وعرض سريع للاضطرابات المصاحبة، ثم تذييل عن اضطراب الضغوط لدى الأطفال.

١ - اضطراب الضغوط بوصفه فئة تشخيصية مستقلة

في عام ١٩٨٠ تجمع عدد من الأسباب والدلائل والملاحظات التي حدت بالرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين أن تُفرد تصنيفاً تشخيصياً مستقلاً يجمع أعراض هذا الاضطراب الذي لوحظ منذ قرون وعولج تحت أسماء مختلفة، وكان الاسم الذي وضعته هذه الرابطة لهذا الاضطراب في عام ١٩٨٠ هو: «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

مسوغات إفراد فئة تشخيصية مستقلة:

من أهم الدلائل والأسباب العامة التي حدت بهذه الرابطة إلى إفراد فئة تشخيصية مستقلة تحت هذا الاسم ما يلي:

١ - التراث التاريخي الذي تراكم عبر القرون مشيراً إلى زملة مرضية تالية للكوارث والحروب بوجه خاص.

٢ - الملاحظات التي سُجِّلت عبر التاريخ لغير المتخصصين وأكدتها مشاهدات المتخصصين فيما بعد، عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة.

٣ - تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت اسم واحد هو اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٤ - الحالات النفسية المضطربة والناتجة عن حروب كبرى حدثت في هذا القرن، وأهمها الحرب العالمية الأولى، والحرب العالمية الثانية، والحرب الكورية، وحرب فيتنام.

٥ - دلائل الاضطراب الواضحة على المحاربين الأمريكيين السابقين في فيتنام بوجه خاص، وظهور أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على انتهاء اشتراكهم في هذه الحرب.

٦ - زيادة معدلات حدوث جرائم الاغتصاب، ومعاناة الضحايا من أعراض اضطراب محددة تالية لهذه الصدمة التي تُعَدُّ خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية.

٧ - ارتفاع معدلات انتشار العنف والانحراف في كُلّ من المنزل (ضرب الزوجة، وغشيان المحارم وسوء ممارسة الأطفال)، والطريق (جرائم الاعتداء البدني، والضرب المبرِّح، والسرقة بالإكراه).

٨ - الاهتمام بدراسة الضغوط الشديدة ذات المصدر الداخلي كالإصابة بالسرطان، والضغوط الاجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجي كفقد العائل الوحيد أو الحبيب، بما يترتب على ذلك من ضغوط ينجم عنها تحديات للطاقات التكيفية لدى المصاب، وضرورة التدخل التشخيصي والعلاجي لمثل هذه الحالات.

٩ - الدراسات المستفيضة عن الضغوط Stress التي تفرضها الحياة اليومية على الإنسان المعاصر.

١٠ - التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمرون بحادث صدمي على الرغم من الاختلاف الشديد في نوعية هذا الحادث: الحرب، الكوارث الطبيعية، الاغتصاب، الإصابة بالسرطان، الفقد الفجائي للعائل... وغيرها.

لكل هذه الأسباب وغيرها أفرد المتخصصون في الطب النفسي تصنيفاً تشخيصياً مستقلاً لاضطراب الضغوط التالية للصدمة منذ عام ١٩٨٠.

ولكن أين موقع هذا التصنيف في الدليل التشخيصي؟

الدليل التشخيصي الأساسي - عن جدارة واستحقاق على الأقل بالنسبة لهذا الاضطراب - هو الدليل التشخيصي والإحصائي DSM الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، ويندرج اضطراب الضغوط - في هذا الدليل - تحت الفئة الكبرى: «اضطرابات القلق»، وذلك في الطبعات الثالثة والثالثة المعدلة والرابعة من هذا الدليل. ونعرض فيما يلي لهذه الفئة العريضة التي تضم اضطراب الضغوط وهي اضطرابات القلق، مع بيان علاقتهما معاً.

٢ - اضطراب الضغوط بوصفه فئة فرعية في اضطرابات القلق

اضطرابات القلق:

جاء في مسرد المصطلحات الفنية المثبتة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية والعقلية (APA, 1987, p.392) تعريف القلق Anxiety كما يلي: «خشية، أو خوف من شر مرتقب، وتوتر، أو ارتباك وعدم استقرار، وكل ذلك نابع عن توقع الخطر الذي قد يكون داخلياً أو خارجياً. وتُميّز بعض تعريفات القلق بينه وبين الخوف بقصر القلق على توقع خطر غير معروف المصدر بالدرجة الأولى، في حين أن الخوف استجابة لتهديد أو خطر، وهذا الخطر أو التهديد يدركه الفرد شعورياً، وهو خارجيّ عادة. ومظاهر كل من القلق

والخوف متشابهة، وتتضمن: التوتر الحركي، وزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (الأوتونومي) ANS، وتوقع الشر والخشية والتيقظ، والتفرس وإنعام النظر».

«وقد يتركز القلق حول موضوع أو موقف أو نشاط يقوم الفرد بتجنبه (مخافة مرضية شاذة)، وقد يكون غير مركز على أمر محدد (القلق الهائم الطليق). وقد يَخْبُرُه الفرد في فترات متقطعة لها بداية فجائية، وتصاحبه أعراض عضوية (نوبات الهلع). وعندما يتركز القلق على العلامات والأعراض العضوية، ويتسبب في انشغال زائد بالخوف من أن يكون لدى الفرد مرض أو الاعتقاد بأنه لديه فإنه يُدْعىَ توهم المرض Hypochondriasis» (APA, 1987, p.392).

واضطرابات القلق Anxiety Disorders فئة تشخيصية مستقلة من بين التصنيفات المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R الصادر عام ١٩٨٧ وكذلك الرابع الصادر عام ١٩٩٤ عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين. وتندرج تحت اضطرابات القلق في الدليل الرابع الفئات الفرعية الآتية:

الفئات التشخيصية الفرعية لاضطرابات القلق، وتضم ما يلي:

١ - اضطراب الهلع Panic.

٢ - الخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobia (دون تاريخ من اضطراب الهلع).

٣ - المخاوف الاجتماعية الشاذة Social phobia.

٤ - المخاوف الشاذة المحددة.

٥ - اضطراب الوسواس القهري.

٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD.

٧ - اضطراب الضغوط الحاد ASD.

٨ - اضطراب القلق العام.

٩ - اضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة.

١٠ - اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة.

١١ - اضطراب القلق غير المحدد في موضع آخر.

والملامح الأساسية لهذه المجموعة من الاضطرابات هي أعراض القلق والسلوك التجنبي، وفي كل من اضطراب الهلع واضطراب القلق العام فإن القلق عادة هو العرض السائد والغلاب، ودائماً يكون السلوك التجنبي موجوداً - إلى حد بعيد - في اضطراب الهلع المصحوب بخوف من الأماكن الواسعة، أما في اضطرابات المخاوف الشاذة فإن الفرد يمر بها إذا ما واجه الموضوع أو الموقف المخيف، على حين يمر الفرد بخبرة القلق في اضطراب الوسواس القهري إذا حاول أن يقاوم الوساوس أو القهر. أما السلوك التجنبي فهو يوجد عادة في اضطرابات الخوف الشاذ، ويظهر أيضاً بشكل متكرر في اضطراب الوسواس القهري، أما تصنيف اضطراب الضغوط التالية للصدمة فهو خلافي جدلي؛ لأن العرض السائد والمسيطر هو إعادة المرور بخبرة الصدمة، وليس القلق أو السلوك التجنبي، ومع ذلك ففي هذا الاضطراب تشيع تماماً أعراض القلق والسلوك التجنبي، كما توجد بشكل ثابت ومستقر أعراض التيقظ أو التنبه الزائد (APA, 1987, p.235).

وقد كشفت الدراسات الحديثة أن اضطرابات القلق هي تلك الاضطرابات التي توجد بشكل شائع في الجمهور العام أو المجتمع بأسره. وتُعَدُّ المخاوف الشاذة البسيطة أكثر اضطرابات القلق شيوعاً في الجمهور العام، ولكن اضطراب الهلع هو أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأفراد الذين يبحثون عن المساعدة ويطلبون

العلاج، وظهر أن اضطرابات الهلع والمخاوف الشاذة والوسواس القهري جميعاً أكثر شيوعاً وانتشاراً بين الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى للمضطربين الذين يشكون من هذه الاضطرابات أكثر مما هي منتشرة بين الجمهور العام (APA, 1987, p.235). ونعرض فيما يلي لأحد الفئات الفرعية لاضطراب القلق الذي يهمنا في هذا السياق، ونقصد اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقبل أن نعرض لبعض جوانبه التفصيلية نبين علاقته بالقلق.

اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

اضطراب الضغوط التالية للصدمة أحد الفئات التشخيصية الفرعية المكونة لاضطرابات القلق، وينشأ اضطراب الضغوط التالية للصدمة استجابة لحادث صدمي، يسبب الضيق والعنت والمشقة بدرجة تُعَدّ خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية، وتتضمن هذه الأحداث غالباً تهديداً لحياة الفرد نفسه، أو لقرينه (زوجه)، أو لأحد أفراد أسرته. ومن أمثلة هذه الحوادث الصدمية: التعرض للقصف بالقنابل أو حوادث الطائرات أو القطارات، أو الاغتصاب والاعتداء والعنف، أو الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير. . .، وغير ذلك كثير. ومن الأهمية بمكان أن نوضح أن مثل هذه الحوادث الصدمية - على اختلافها وتنوعها عبر مدى واسع - ينتج عنها مشاعر رعب وهلع وعجز وقلة حيلة؛ ذلك لأن القلق الذي يعاني منه الفرد بعد مروره بمثل هذه المواقف العسيرة أو الأحداث الصدمية يُعَدّ خارج نطاق المدى العادي للخبرة الإنسانية، حيث تصل شدة هذه الأحداث وعنفها في عدد من الحالات إلى مستوى تهديد حياة الفرد ووجوده، هو أو من يهمه.

ويكمن الفارق الأساسي بين اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبقية أنواع القلق في أن الأخيرة تثيرها موضوعات ومواقف لا يجدها معظم الناس مهدِّدة لحياتهم، فإن المخاوف الاجتماعية الشاذة وبقية المخاوف المرضية كالخوف من

الأماكن الواسعة، أو الأماكن المغلقة، أو رؤية الدم، أو رؤية المشوهين، أو الظلام أو الحشرات الزاحفة. . . ، وغيرها كثير، على الرغم من إثارتها لمشاعر الضيق والخوف وعدم السرور فإنها لا تصل إلى أن تصبح مهدِّدة لبقاء الفرد ووجوده، وذلك على العكس من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والذي يظهر استجابة لخبرة صدمية خارج مجال الخبرة الإنسانية السوية، وخارج نطاق الخبرات الاعتيادية إلى حَدٍّ بعيد.

ومن ناحية أخرى فمن الممكن أن نفهم ردود أفعال ضحايا العنف على ضوء أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة مصنف على أنه اضطراب قلق كما أسلفنا، ومن الواضح أن القلق والخوف أرجاع انفعالية غالبة وشائعة لدى الضحايا، ودلت الدراسات على أن ضحايا الاغتصاب مثلا بعد ٣-٦ شهور من الحادث الصدمي يرتفع لديهم القلق والخوف فقط، دون أن ترتفع درجات أية مقاييس أخرى للاضطراب.

ويُقَدَّم القلق والخوف عادة على أنهما ردود أفعال شائعة لدى الضحايا، وإن ردود الأفعال الانفعالية هذه ليس من السهل تمييز أحدها عن الآخر، وهذا أمر يمكن أن نفهمه على أساس أن القلق والخوف ليس من السهل تمييزهما بوجه عام من وجهة نظر الملاحِظ، وتتضمن مظاهرهما زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، والخشية، وتوقع الشر، والتوتر الحركي، واليقظة. . . وغير ذلك كما أسلفنا، ومع ذلك فإنهما يمثلان استجابتين نفسيتين متميزتين تصدران عن الفرد.

ويمكن إقامة التفرقة بينهما بوجه عام على أساس عنصر إمكان التعرف إلى مصدر التنبيه، فإن المصدر في حالة الخوف يمكن تحديده، على حين لا يمكن تعيينه في حالة القلق - وبكلمات أخرى فإن ضحايا العنف يمكن أن يقولوا لغيرهم أيّ شيء يخافون، ويبدو أن ضحايا العنف يقررون عادة مخاوف محددة، وبخاصة: كونهم فرادى، تكرار الاعتداء، الموت. وفي حالة الخوف فإن التهديد

بالخطر يدركه الفرد شعورياً وهو تهديد خارجي عام، وترتبط مخاوف الضحايا بالاعتداء أو الانتهاك البدني. ولكن القلق - على العكس من ذلك - لا يتضمن إدراكاً شعورياً لخطر ولا تهديداً خارجياً، ذلك أن التهديد الأساسي في القلق داخلي (Janoff - Bulman, 1988, pp.101-113).

٣ - المحكات التشخيصية للاضطراب

يتم تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة وتقديره بطرق عدة منها: المقاييس النفسية، والمقابلة التشخيصية، وطرق القياس الفيزيولوجية (انظر الفصل التاسع). ويُشخَّص هذا الاضطراب في مجال الطب النفسي - في المقام الأول - اعتماداً على محكات تشخيصية محددة. كما أن الاستخبارات التي تقيس هذا الاضطراب تعتمد أيضاً على صياغة هذه المحكات التشخيصية في شكل بنود: عبارات أو أسئلة يجيب عنها المضطرب بنفسه غالبا. أساس تشخيص هذا الاضطراب وقياسه إذن هو المحكات التشخيصية، فماذا تعني؟

المحكات التشخيصية Diagnostic Criteria هي المعايير المشتملة على الأعراض الأساسية والشروط الواجب توافرها لإطلاق تشخيص «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» PTSD على حالة معينة. وأول جهة علمية متخصصة حددت هذه المحكات التشخيصية، الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين APA التي أصدرت الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III للاضطرابات النفسية عام ١٩٨٠ وتعديله عام ١٩٨٧، وطبعته الرابعة DSM-IV عام ١٩٩٤.

أ - محكات الدليل الثالث المعدل

يعرض جدول (١٧) لهذه المحكات التشخيصية (APA, 1987) تبعاً للدليل الأخير المشار إليه، وهو الأكثر شيوعا واستخداما منذ صدوره وحتى قبل عام ١٩٩٤.

جدول (١٧): المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً للدليل الثالث المعدل

أ - يكون الفرد قد مر بحادث خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية، يسبب الضيق والإزعاج بشكل ملحوظ لكل فرد تقريباً. مثال ذلك: التهديد الخطير لحياة الفرد أو لتكامل جسمه، التهديد الخطير أو الضرر البليغ لأطفال الشخص أو قرينه (الزوج أو الزوجة)، أو أي قريب أو صديق حميم، وكذلك التدمير المفاجئ لمنزل الشخص أو مجتمعه، أو رؤية شخص آخر أصيب إصابة خطيرة أو قُتِلَ من جراء حادث أو عنف بدني (أو في أثناء حدوث ذلك أو حدوثه مؤخراً).

ب - أن يمر الحادث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مداوم بواحد على الأقل من الطرق الآتية:
١ - تذكر الحادث المضايق بشكل معاود يقتحم تفكير الفرد (كاللعب التكراري لدى صغار الأطفال بحيث يتم التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها).
٢ - الحلم بأحلام مزعجة ومكررة عن الحادث.
٣ - التصرف المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي كما لو كان يعاود الحدوث (ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة، والخداع، والهلاوس، وفترات من استعادة الخبرة السابقة، وحتى تلك التي تحدث عند الاستيقاظ أو في حالة السكر والثمل).
٤ - الضيق النفسي الشديد عند التعرض لأحداث ترمز لبعض جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه، بما في ذلك الذكرى السنوية للصدمة.

جـ - التجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالصدمة أو الخَدَر (فقد الإحساس) في الاستجابة العامة (بحيث لا يوجد ذلك قبل الصدمة)، وذلك كما يتضح من ثلاثة جوانب على الأقل مما يلي:
١ - جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.
٢ - جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكريات عن الصدمة.
٣ - عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة (نساوة Amnesia نفسية).
٤ - تناقص واضح في الميل إلى الأنشطة المهمة (لدى صغار الأطفال يحدث فقد للمهارات التطورية التي اكتسبها الطفل حديثا كالتدريب على الحمام أو مهارات اللغة).
٥ - الشعور بالانفصال أو النفور من الآخرين.
٦ - ضيق مدى الوجدان، كأن يصبح الفرد غير قادر على تكوين مشاعر حب.
٧ - شعور بأن المستقبل غير رحب، كالطفل الذي لا يتوقع أن تكون له حياة عملية في المستقبل، ويتزوج، وينجب، وتكون له حياة ممتدة.

د - أعراض مستمرة لزيادة التنبه (غير موجودة قبل الصدمة)، وذلك كما يتضح من عرضين على الأقل مما يلي:
١ - صعوبة الاستغراق في النوم أو في البقاء نائماً.
٢ - التهيج أو انفجارات الغضب.
٣ - صعوبة التركيز.
٤ - التيقظ الزائد.
٥ - استجابة الإجفال (يُرَوَّعُ الشخص فجأة) المبالغ فيها.
٦ - رد الفعل الفيزيولوجي الزائد عند التعرض لأحداث ترمز إلى أحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.

هـ - استمرار الاضطراب شهراً واحداً على الأقل، وقد تكون بداية الاضطراب متأخرة إذا تأخر ظهور الأعراض ستة أشهر على الأقل بعد الصدمة.

(عن: APA, 1978).

نقد محكات الدليل الثالث المعدل:

عرضنا في الفقرة السابقة المحكات التشخيصية تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM - III - R. وعلى الرغم من أنه يُعَدُّ متقدماً على الدليل الثالث الصادر عام ١٩٨٠ فإنه لم يسلم من النقد. فيذكر الإخوة «سو» (Sue *et al.*, 1990, p.169) أن تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً للدليل التشخيصي الثالث المعدل يعتمد على جوانب ذاتية، فما زال الحكم الذاتي يقوم بدور كبير فيه. وعلى الرغم من وجود أمثلة في هذا الدليل التشخيصي المشار إليه فإن نوعية المواقف المحددة التي يمكن أن تتسبب في هذا الاضطراب غير واضحة، فقد ذُكر النزر اليسير عن الإدراك الذاتي للحادث، ذلك أن درجة الصدمة تعتمد عادة على الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى الحادث الصدمي. ويطرح «فجلي» Figley الأسئلة الآتية:

١ - من بين الناس الذين تعرضوا لحادث صدمي من الناحية النفسية، فَمَنْ هم الأفراد الذين سيطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة؟

٢ - هل تستمر هذه الحالة مدى الحياة أو هي قابلة للشفاء؟

٣ - من بين الذين سيطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة فكم منهم سيكشف عن ردود فعل فورية في الحال، وكم منهم سيكشف عن ردود فعلهم بعد فترة من الزمن؟

٤ - هل يمكننا تحديد من لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن يتمارضون؟

وفيما يختص بالسؤال الأخير أُوردت حالات خمسة رجال انطبقت عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل، فقد شكا هؤلاء الرجال من مرورهم بالخبرة الصدمية مرة ثانية، واضطرابات النوم، وصعوبات التركيز، والتقييد أو الكبح من الناحية الانفعالية. وظهر في النهاية أنهم متمارضون يتظاهرون بهذه الأعراض بشكل غير حقيقي وزائف.

ونظراً لهذه المشكلات المشار إليها في المحكات التشخيصية للدليل الإحصائي الثالث المعدل فقد حدث تعديل وتطوير لها في الدليل الرابع.

ب - محكات الدليل الرابع:

يبين جدول (١٨) المحكات التشخيصية تبعاً للدليل الرابع، وذلك بعد إدخال تعديلات محددة على الدليل الثالث المعدل كما سنرى بعد قليل.

جدول (١٨): المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً للدليل الرابع

أ - يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي، بحيث يوجد الشرطان التاليان:

١ - يكون الشخص قد جرب أو شهد أو واجه حادثاً أو حوادث تضمنت الموت الفعلي، أو التهديد به، أو الإصابة الخطيرة، أو تهديد التكامل العضوي له أو الآخرين.

٢ - تتضمن استجابة الفرد خوفاً عميقاً وعجزاً أو رعباً.

* ملحوظة: قد يعبر الأطفال بدلا من ذلك بالسلوك غير المنظم أو المتهيج.

ب - يعيد الفرد التعبير عن الحادث الصدمي بشكل دائم بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:

١ - تذكُر الحادث المؤلم بشكل معاود ومقتحم للفكر، ويتضمن ذلك التخيلات (أو الصور العقلية Images)، والأفكار، والإدراكات.

* ملحوظة: قد يحدث لدى صغار الأطفال اللعب المتكرر بحيث يتم التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها.

٢ - أحلام عن الحادث مُعاوِدَةٌ ومؤلمة.

* ملحوظة: قد يحدث لدى الأطفال أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف إليه.

٣ - التصرف أو الشعور كما لو كان الحادث الصدمي يعاود الحدوث (ويتضمن ذلك الإحساس بأن الفرد يعيش الخبرة مرة ثانية، والخداعات، والهلوسات، وفترات من استرجاع الأحداث Flash back المفككة، ويشمل ذلك ما يحدث في اليقظة أو في حالة التسمم).

* ملحوظة: في حالة صغار الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل للصدمة بشكل محدد.

٤ - ألم نفسي عميق عند التعرض لمؤشرات Cues (هاديات) داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.

٥ - رد فعل فيزيولوجي عند التعرض لمؤشرات أو هاديات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.

جـ - تجنب دائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة وخَدَر Numbing للاستجابة العامة (غير موجود قبل الصدمة)، كما يظهر من ثلاثة جوانب أو أكثر مما يلي:

١ - جهود لتجنب الأفكار، والمشاعر، أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.

تابع جدول (١٨): المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً للدليل الرابع

٢ - جهود لتجنب الأنشطة والأماكن، أو الأشخاص الذين يتسببون في تذكر للصدمة.
٣ - عدم القدرة على استرجاع جانب مهم في الصدمة.
٤ - تناقص ملحوظ في الميول أو الاهتمامات أو في الاشتراك في الأنشطة المهمة.
٥ - شعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين أو النفور منهم.
٦ - مدىً ضيق للوجدان (مثال ذلك: عدم القدرة على أن تكون لديه مشاعر الحب).
٧ - الإحساس بقصور في المستقبل (مثال ذلك: توقع الشخص ألا تكون له مهنة، وألا يتزوج ولا يكون له أطفال، أو ألا يعيش العمر الطبيعي).

د - أعراض دائمة من التنبيه المتزايد (غير موجودة قبل الصدمة)، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:
١ - صعوبة الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً.
٢ - التهيج أو انفجارات الغضب Out bursts.
٣ - صعوبة التركيز.
٤ - التيقظ الزائد.
٥ - استجابة الإجفال Startle المبالغ فيها.

هـ - استمرار الاضطراب [الأعراض في المحكات (ب)، و(جـ)، و(د)] أكثر من شهر واحد.

و - يتسبب الاضطراب - من الناحية الإكلينيكية - في ألم أو ضيق مرتفع، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو أي مجال آخر مهم.

حَدِّد ما إذا كان الاضطراب:
حاداً: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر. مزمناً: إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر.
حَدِّد ما إذا كان الاضطراب:
له بداية مؤجلة: إذا بدأت الأعراض بعد ستة أشهر على الأقل من الحادث الصدمي.

(عن: APA, 1994).

٤ - التعديلات التي أدخلت في الدليل الرابع

حدث تغير في المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD في الدليل الرابع بالمقارنة إلى الدليلين: الثالث والثالث المعدل. وحدثت هذه التعديلات وأُدخلت استناداً إلى استعراض تراث الدراسات السابقة، وإعادة تحليل البيانات، ونتائج المحاولات والتجارب الميدانية. ونتيجة لذلك فإن العبارة التي تصف العنصر الضاغط Stressor في المحك «أ» من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ونصها: «خارج مدى الخبرة الإنسانية العادية» قد

حذفت حيث كانت غير ثابتة ولا يمكن الاعتماد عليها وغير دقيقة (فإن انتشار مثل هذه الضواغط ليس منخفضا في الجمهور العام). وبدلا من هذا المحك السابق، فإن المحك «أ-٢» في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتطلب أن تكون استجابة الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة درجة عميقة من كل من: الخوف Fear، والعجز Helplessness، أو الرعب Horror.

ومن ناحية أخرى فإن رد الفعل الفيزيولوجي لدى التعرض للهاديات Cues نُقلت من المحك «د» (التنبه الزائد) إلى المحك «ب» (إعادة تذكر الصدمة والمرور بخبرتها). كما تطلب المحك «و» أن تتسبب الأعراض في ضيق وألم إكلينيكي شديد، أو إضعاف لطاقات الفرد، وقد ضُمِّنَ ذلك في الدليل الرابع. وأخيراً، أُدخلت المحددات الحادة والمزمنة (APA, 1994, p.783).

كما أضيفت في الدليل الرابع فئة مستقلة جديدة تحت اسم «اضطراب الضغوط الحاد» Acute Stress Disorder (ASD) لتصف الأرجاع الحادة للضغوط الشديدة أو المتطرفة؛ أي التي تحدث خلال أربعة أسابيع من حدوث العنصر الضاغط، وتستمر من يومين إلى أربعة أسابيع.

وقد أضيفت هذه الفئة حتى يحدث تواؤم مع التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10، ولتساعد على التوصل المبكر للحالات، حيث إن اضطراب الضغوط الحاد يمكن أن ينبئ باضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويتطور إليه مؤخرا (APA, 1994, p.783).

٥ - التشخيصات المصاحبة لاضطراب الضغوط ومعدلاتها

من النادر أن يوجد اضطراب الضغوط وحده، وحتى في العينات المستمدة من المجتمع. وكشف مسح حديث على عينة من المرضى الجنود المحاربين في فيتنام أن أكثر من ثلاثة أرباع هؤلاء المرضى باضطراب الضغوط يحققون محكات تشخيص واحد آخر على الأقل، وأكثر التشخيصات انتشاراً والموجودة مع اضطراب الضغوط في هذه العينات هي: الاكتئاب الأساسي Major depression (٢٦٪)، وسوء استخدام المواد (٧٣٪)، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (٣١٪). وتسمى هذه المسألة بالمرض المصاحب Comorbidity (Green, 1995).

على أن الدراسات التي أجريت في هذا المجال على عينات من غير المحاربين قليلة، وظهر من إحداها أن ضحايا الجرائم الذين أصيبوا باضطراب الضغوط، قرر ٤١٪ منهم أيضاً خللاً في الوظيفة الجنسية، و٣٢٪ كان لديهم اضطراب اكتئاب أساسي، و٢٧٪ عانوا من اضطراب الوسواس القهري، وكان لدى ١٨٪ منهم مخاوف مرضية (Green, 1995).

وقارنت «جرين» بين عينة من الناجين من الكوارث الطبيعية وعينة من الجنود السابقين في حرب فيتنام، وكان ذلك في العقد الثاني (أي العشرين سنة) التالية للصدمة لدى الجميع، واختلفوا في متغيرات كثيرة، ومع ذلك كانت الصورة التشخيصية للعينتين متشابهة جداً كما يلي:

٢٩٪ اضطراب الضغوط لدى الجنود المحاربين.

٢٥٪ اضطراب الضغوط عند الناجين من الكوارث الطبيعية.

أقل من ٦٪ لديهم تشخيص اضطراب الضغوط وحده.

وكانت أكثر التشخيصات المصاحبة لاضطراب الضغوط شيوعاً للمجموعتين معاً كما يلي:

١ - اضطراب الاكتئاب الأساسي.

٢ - اضطراب المخاوف المرضية.

٣ - اضطراب القلق العام.

٤ - سوء استخدام المواد (وقد شاع لدى المحاربين أكثر من الناجين من الكارثة) (Green, 1995).

وتُعَقِّدُ الأعراض المصاحبة لاضطراب الضغوط الحالة المرضية، ويمكن أن تتضمن هذه الأعراض المصاحبة سوء استخدام المواد ذات الآثار النفسية، وسلوك إيذاء الذات، ومحاولات الانتحار، والإعاقة في المهنة، والتدخل في العلاقات الحوارية (فيما بين الأشخاص) (Hollander, Simeon & Gorman, 1994, p.546).

٦ - اضطراب الضغوط والاعتماد على الكحول والعقاقير

كشفت دراسة حديثة على محاربي فيتنام عن حدوث مشترك Co-occurrence لسوء استخدام المواد النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة، فظهر أن ٧٥٪ من محاربي فيتنام الذين دُرسوا وحققوا المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط PTSD حققوا أيضاً المحكات التشخيصية لسوء استخدام الكحول، أو الاعتماد عليه طوال حياتهم، في حين حقق ١٥٪ منهم محكات سوء استخدام العقاقير طوال حياتهم (Daniels & Scurfield, 1994).

كما بينت دراسة أخرى حديثة على الجنود الذين حاربوا في فيتنام والذين يطلبون العلاج في برنامج لاضطراب الضغوط بوصفهم مرضى داخليين، ظهر أن ٩١,١٢٪ لديهم تشخيص لسوء استخدام المواد أو الاعتماد عليها طوال حياتهم، وأسفرت هذه الدراسة أيضاً أن استخدام المواد لدى هؤلاء المرضى كان السبب الأساسي لعدم تكملتهم علاج اضطراب الضغوط، واعتماداً على هذه النتائج فمن الأهمية بمكان أن يتضمن برنامج علاج اضطراب الضغوط علاج سوء استخدام المواد والعقاقير.

ويقدم «دانيلز، وسكيرفيلد» (Daniels & Scurfield, 1994) فرضاً مهماً مؤداه أن الإدمان الكيميائي والاعتماد على المواد والتعود أحد الآليات المستخدمة بشكل شائع لمواجهة الصدمات أو التقليل من آثارها أو الانفصال عنها وتجنبها، وذلك عند حدوث الصدمات أو عند العيش فيها بعد ذلك نتيجة لإعادة تذكرها بما يترتب على ذلك من آلام.

إن استخدام الكحول والعقاقير من قِبَل محاربي فيتنام في أثناء وجودهم في منطقة الحرب يعد استراتيجية فعالة للابتعاد عن الأهوال المتكررة والناجمة عن حرب العصابات، والتعرض للموت الفعلي أو الاحتضار. وعاد بعض هؤلاء

الجنود إلى الولايات المتحدة بما اعتادوا عليه من أساليب للسلوك بعد أن وضعت الحرب أوزارها، أو انتهت خدمتهم في الجيش (وكانت تستمر عاماً كاملاً فقط).

على أن بعض المحاربين الآخرين بدأ استخدامهم للعقاقير الكيميائية، واعتمادهم أو تعودهم عليها بعد عودتهم إلى الولايات المتحدة بوصفه شكلاً من أشكال «العلاج الذاتي» Self-medication لجلب النوم دون كوابيس مصاحبة أو اضطرابات أخرى في أثنائه. وقد ساعد مثل هذا الاستخدام للعقاقير أيضا في التغطية على الذكريات المؤلمة والابتعاد عنها وتجنب القلق والذنب والندم والغضب والاغتراب والاكتئاب في أثناء ساعات يقظتهم (Daniels & Scurfield, 1994).

كما نشأ لدى المحاربين الذين أصيبوا بجروح وعجز بدني إدمان على المواد المخدرة Narcotics التي وُصفت لهم للتخفيف من آلامهم، فقد استمر بعضهم في البحث عن هذه المواد المخدرة أو المسكنة بدلاً من الوسائل البديلة غير المخدِّرة للتحكم في الألم.

وأخيراً فإن عدداً من المحاربين في فيتنام الذين أصيبوا باضطراب الضغوط التالية للصدمة لم يحدث لديهم استخدام للعقاقير ذات الآثار النفسية حتى مرت فترة طويلة من الزمن منذ عودتهم إلى الولايات المتحدة. ووجد هؤلاء المحاربون أنفسهم قد أصيبوا بالكارثة أو البلاء Plague ذي البداية المتأخرة Delayed onset، والتي تضمنت الذكريات التي تقتحم أذهانهم بصورة متكررة، فضلا عن المشاعر المرتبطة بها وأعراض التنبه، بحيث بدا أنهم لا يستطيعون التخلص من كل ذلك دون استخدام المواد أو العقاقير الكيميائية.

ولسوء الحظ فقد سَهَّلَ سوء استخدام العلاجات الطبية بعض الأطباء غير الواعين، الذين وصفوا لمرضاهم جرعات زائدة أو لمدة طويلة للأدوية الطبية ذات الآثار النفسية للتخفيف من أعراضهم دون علاج الصدمة ذاتها بشكل مباشر (Daniels & Scurfield, 1994).

٧ - اضطراب الضغوط لدى الأطفال

الواقع أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD يمكن أن يحدث في أيّ عمر؛ لأن عناصر الضغط أو الصدمات النفسية والاستجابة المرضية لها ليست حكراً على الراشدين فقط، ومن الممكن - نظرياً - أن تكون الغالبية العظمى من مسببات هذا الاضطراب (الضغوط) لدى الراشدين هي ذاتها المسببة له عند الأطفال، ومنها على سبيل المثال: الحرب، والتعرض للقصف، والاغتصاب، والكوارث الطبيعية والتكنولوجية، وحوادث وسائل المواصلات، والعدوان والعنف. . .، وغير ذلك كثير. على أن هناك بعض الضغوط الخاصة التي يتعرض لها الأطفال في المقام الأول، وأهمها سوء الممارسة مع الأطفال Children's Abuse سواء أكان بدنيا أم جنسيا، وغشيان المحارم أو الجماع المحرم بين ذوي القربى، والذي تكون فيه الضحية عادة في مرحلة الطفولة، وينبهنا الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، والثالث المعدل، وكذلك الرابع إلى هذه الحقيقة، وهي أن الأطفال يمكن أن يعانوا أيضاً من هذا الاضطراب كالكبار سواء بسواء.

ولكن الأطفال قد يكشفون عن اضطراب الضغوط التالية للصدمة بشكل مختلف عن الكبار، ومن الأعراض الشائعة لدى الأطفال في هذه الحالة: اضطرابات النوم مع أحلام مزعجة وكوابيس عن المسخ (حيوان غريب الشكل ضخم الجرم مخيف وبشع وشرير ومشوه)، أو العفاريت والأشباح، هذا فضلاً عن التغيرات السلوكية العامة كأن يصبح الطفل الذي كان اجتماعياً ثرثاراً مهذاراً، هادئاً جداً ومنسحباً، ويفقد الاهتمام بأنشطة اللعب العادية أو بالمدرسة، وعلى العكس من ذلك فقد يبدأ الطفل الذي كان هادئاً في التصرف بطريقة عدوانية. وتنشأ لدى بعض الأطفال فكرة مؤداها أنهم لن يصبحوا كباراً، وبالإضافة إلى ذلك فقد يفقد الطفل المهارات التطورية التي كان قد اكتسبها كعادات الحمام «التواليت» أو حتى مهارات اللغة.

والمسألة الأكثر أهمية أن الأطفال الصغار تكون لديهم صعوبة في التحدث عن اضطرابهم وما يشغلهم بدرجة أكبر من الراشدين، ولهذا الجانب أهمية خاصة،

ويجب أن نتذكره في حالات احتمال سوء الممارسة البدنية أو الجنسية من قبل الكبار (Sue *et al.*, 1990, p.158). وغالباً ما يخشى هؤلاء الصغار الذين اعتُدي عليهم أن يشكوا من الكبار الذين هم سبب اضطرابهم، ويكون ذلك لأسباب متعددة.

المهم أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يمكن أن يحدث في أي عمر وحتى في الطفولة، ويمكن أن يسبب أضراراً تتراوح بين البسيطة والشديدة. وتبدأ الأعراض عادة بسرعة بعد الحادث الصدمي، على الرغم من أن بعض الضحايا قد لا يبدأون بالمرور بخبرة الصدمة أو يعانون من أعراض أخرى إلا بعد الحادث بشهور أو سنين، وعندما يظهر الاضطراب بعد الصدمة بأكثر من ستة أشهر فيقال: إن له بداية متأخرة Delayed onset، وذلك تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (Comer, 1992, p.215)، وكذلك الرابع (انظر: APA, 1994).

كتب كل من «جوردون، ريث» (Gordon & Wraith, 1993) عن استجابات الأطفال والمراهقين للكوارث، ويذكران أن التراث السيكولوجي قد أورد استجابات الأطفال للكوارث في السنين العشر الأخيرة فقط، وذكرا أن هذا التراث متفرق بالمقارنة إلى بحوث الراشدين في هذا المجال. وعلى العكس من الأفكار الشائعة فإن الأطفال ليسوا أكثر مرونة من الكبار نتيجة لصغر عمرهم، فهم لا ينسون الخبرات السيئة بسهولة، وإذا لم يكشفوا عن الاضطراب في الفترة التالية للصدمة مباشرة فإن المشكلات يمكن أن تحدث لهم في وقت متأخر، وتشير سلسلة من الدراسات الحديثة إلى أن الأطفال الذين تعرضوا لسوء الممارسة الجنسية Sexual abuse هم الأكثر قابلية للإصابة بالاكتئاب في أعمارهم المتأخرة (بعد فترة الرشد).

وتورد «منى مقصود» وزملاؤها (Macksoud, Dyregrov & Raundalen, 1993) أن الخبرات الصدمية التي يواجهها الأطفال خلال الحرب كثيرة (تبلغ تسع خبرات على الأقل)، والصدمة لها تأثيران على الأطفال: أحدهما قصير المدى، والآخر طويل المدى، وتختلف أرجاع الضغوط التالية للصدمة تبعاً لعمر الطفل

(قبل المدرسة، في سن المدرسة، المراهقة). ومن الأرجاع طويلة المدى للصدمة الناتجة عن الحرب لدى الأطفال، تأثيرها على التطور الخلقي، ونقص الثقة، ومشاعر الجرح، والتشاؤم بالنسبة للمستقبل، وتأثيرها كذلك على الأداء المدرسي.

درس «ييل» وصحبه (Yule, Udwin & Murdoch, 1990) غرق «جوبتر» وآثاره على الخوف والقلق والاكتئاب لدى الأطفال، حيث بحثوا (٢٤) فتاة تتراوح أعمارهن بين ١٤-١٦ عاماً، وهن ممن نجون من غرق باخرة الرحلات «جوبتر»، وقورنوا بثلاث مجموعات أخرى من الفتيات: ٧١ فتاة مَثَّلَت عينة ضابطة من مدرسة أخرى، و٤٦ فتاة في المدرسة نفسها ممن لم يكن يردن الذهاب إلى الرحلة، و١٣ فتاة ممن نجون من الحادث حيث كن يرغبن في الذهاب ولكنهن لم يجدن أماكن، وتم القياس بعد عشرة أيام ثم بعد خمسة أشهر من الحادث، وأجابت المفحوصات عن عدة مقاييس: قائمة معدلة لمسح المخاوف لدى الأطفال، ومقياس القلق الصريح للأطفال، وقائمة للاكتئاب.

ولم تصبح الفتيات الناجيات أكثر خوفاً بوجه عام، ولكنهن طورن مخاوف أكبر بدرجة جوهرية لمنبهات ترتبط بالحادث الصدمي، ويمدنا ذلك بدليل على تعميم مدرج الخوف Fear Generalization Gradient. ونوقشت النتائج على ضوء نظرية الإشراط في اكتساب المخاوف المرضية.

وفيما يتعلق بمعدلات انتشار اضطراب الضغوط في الطفولة، فتشير التقديرات إلى أن نسبة تتراوح بين ٤٠٪ و٦٠٪ من المرضى الخارجيين في العيادات النفسية الطبية، وبين ٥٠٪ و٦٠٪ من المرضى الداخليين في المستشفيات الطبية النفسية قرروا أن لديهم تاريخاً مبكراً من وقوعهم ضحايا في طفولتهم (مثال ذلك سوء الممارسة البدنية والجنسية) (Meichenbaum, 1994, p.29).

وأجرى «فنكلهور» وصحبه عام ١٩٩٠ مسحاً قومياً عن طريق التليفون، وقرر ٢٧٪ من النساء، و١٦٪ من الرجال حدوث سوء الممارسة الجنسية لهم في مرحلة الطفولة (Green, 1995).

* * *

الفصل التاسع

طرق تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

١ - أهداف القياس والتقدير في اضطراب الضغوط.

٢ - البيانات الأساسية عن الصدمة والضحية.

٣ - دراسة الحالة.

٤ - المقابلة التشخيصية المقيدة.

٥ - استخبارات اضطراب الضغوط.

٦ - أدوات القياس الفيزيولوجية.

٧ - تكامل طرق قياس الاضطراب وتشخيصه.

الفصل التاسع
طرق تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

للتشخيص والقياس أهمية في دراسة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ومن الأهمية بمكان أن تقاس مختلف جوانب المصاب بالاضطراب(*)، مع الحصول على البيانات الأساسية عنه وعن الصدمة التي تعرض لها. ويمكن أن يساعد التقدير والقياس - إلى حد كبير - في تشخيص الاضطراب وتحديد مختلف جنبات الصدمة والضحية، وذلك تمهيداً لوضع خطة العلاج الخاصة بالمضطرب(*).

ويقدم هذا الفصل نبذة عن أهداف قياس الاضطراب وتقديره، والبيانات الأساسية المتعلقة بكل من الصدمة والضحية، ودراسة الحالة، ومقابلة المضطرب وتقدير مختلف جوانبه، وأهم طرق القياس والتقدير مثل: المقابلة التشخيصية المقيدة، واستخبارات اضطراب الضغوط، وأدوات القياس الفيزيولوجية. ونختتم الفصل بفقرة عن تكامل طرق قياس اضطراب الضغوط وتشخيصه. ونبدأ بتقديم نبذة عن أهداف قياس الاضطراب.

١ - أهداف القياس والتقدير في اضطراب الضغوط

تهدف عمليتا القياس والتقدير إلى تحقيق الجوانب الآتية:

١ - التشخيص الفارق Differential diagnosis لهذا الاضطراب لتمييزه عن بقية الاضطرابات المتداخلة، وأهمها اضطرابات القلق والاكتئاب والتوافق والشخصية المضادة للمجتمع والفصام وكذلك التمارض.

(*) من الأفضل استخدام مصطلح «المضطرب» في هذا السياق وليس المريض، وإذا ما استخدم مصطلح «المريض» أحياناً فإنه يكون من باب: «خطأ مشهور خير من صواب مهجور».

٢ - بيان الاضطرابات الحالية أو التي كانت موجودة سلفاً.

٣ - التحليل الوظيفي للسلوك الاجتماعي لدى الفرد (الاجتماعية، والانسحاب، والعزلة...).

٤ - تحديد الشكاوى والأعراض التي يشعر بها الفرد (مثل: استعادة ذكرى الحادث الصدمي، والكوابيس، وصعوبة النوم، والإجفال، واقتحام الأفكار المتصلة بالصدمة لتفكير الشخص).

٥ - تحديد أهداف العلاج وبيان أولوياته.

٦ - اتخاذ قرار عن الاستراتيجيات المناسبة للعلاج (مثل: طرق التحكم في الضغوط، أو العلاج بالتعرض للمنبهات المزعجة، أو الإشراط المضاد... إلخ) (Litz, Penk, Gerardi & Keane, 1992).

٧ - التحديد الكمي لأعراض اضطراب الضغوط، وذلك لتعيين مستوى الأعراض أي شدتها، وهل هي حادة أو مزمنة.

٢ - البيانات الأساسية عن الصدمة والضحية

تتطلب عملية التقدير والقياس ضرورة الحصول على البيانات الآتية:

١ - التحديد الدقيق للأعراض.

٢ - التأكد من حدوث الخبرة الصدمية.

٣ - تقويم طبيعة الخبرة الصدمية ودرجة شدتها.

٤ - أسلوب الضحية في التكيف.

٥ - طريقة الفرد في التغلب على الأعراض التي تُعَجِّزه.

٦ - أحداث الحياة الضاغطة قبل الحادث الصدمي في الماضي.

٧ - معالم التوافق الماضي والحاضر لدى الشخص (Litz *et al.*, 1992).

والجانب الأساسي في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو

التأكد من طبيعة العنصر الضاغط Stressor المسبب للصدمة، والتثبت من أن الأعراض والشكاوى التي توجد لدى المريض قد نتجت عن عنصر حقيقي ضاغط تسبب في درجة عميقة من الخوف والعجز والرعب. وهذا الجانب على درجة كبيرة من الأهمية، وذلك للتمييز بين حالات الاضطراب الحقيقي وحالات التمارض والادعاء.

٣ - دراسة الحالة

تمثل الصيغة التالية التي يقترحها «ميشنباوم» (Meichenbaum, 1994, pp.122-123) سياقاً تتابعياً مقترحاً، برهن على أنه مفيد في تقدير المريض بهدف تحديد وجود اضطراب الضغوط ومستواه، وهي كما يلي:

١ - المقابلة وتطبيق استخبارات الصدمة.

أ - استخرج سرد العميل وقصته للصدمة.

ب - قم بتقدير الجوانب الانفعالية والسلوكية للكارثة (قَدِّر أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة).

ج - استخدم المقابلات الإكلينيكية المقننة (مثل المقابلة المعتمدة على الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية).

د - حَدِّد تاريخ الصدمة.

٢ - استخدم مقاييس التقدير الإكلينيكية المعتمدة على المقابلة الشخصية.

٣ - قَدِّر بشكل مباشر أعراض الضغوط التالية للصدمة (كمقاييس اضطراب الضغوط وتأثير الأحداث Impact of Events Scale (IES) والقوائم الأخرى مثل قائمة الأعراض المعدلة Symptom Check List - 90 Revised (SCL - 90 - R).

٤ - استخدم مقاييس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والتي طورت لمجموعات أو أزمات معينة (مثل: الاغتصاب، والحرب، والجريمة، وفَقْد الموارد لضحايا الكوارث الطبيعية).

٥ - أَجْرِ تقديراً للتوافق العام (كقائمة نوعية الحياة، ومقياس الوظائف الاجتماعية، واستخبار مجالات التغير).

٦ - قَدِّر المهارات المعرفية والجوانب العصبية النفسية التي يُحتمل ارتباطها بالحالة.

٧ - أَجْرِ تقديراً لتغيرات المخططات المعرفية، والمساندة الاجتماعية، واستجابات المواجهة، والعواقب الثانوية للكارثة (أَشْرِك في التقدير الأشخاص المهمين بالنسبة للحالة).

٨ - قَدِّر علامات البرء أو الشفاء Signs of healing، وعلامات التوافق الإيجابي وجوانب القوة.

٩ - اطلب من العميل أن يجيب عن أحد مقاييس المراقبة الذاتية للأعراض (مثل: القائمة الأسبوعية للأعراض، وعلامات الشفاء).

١٠ - أَجْرِ تقديراً للعوامل الخاصة بالتاريخ قبل المرضى، والعوامل البيئية المتعلقة بمرحلة ما بعد الشفاء.

١١ - قَدِّر التشخيصات الأخرى أو الأمراض المصاحبة Comorbidity (مثل: الإدمان على الخمر، وبقية أنواع سلوك الإدمان، والاكتئاب، والتفكير في الانتحار، والقلق، واضطرابات الشخصية، والرضا الزواجي، والصراع الزواجي، والتوافق الجنسي، ومشكلات التحكم في الغضب، ومشكلات الضغوط الوالدية. . .إلخ).

١٢ - قَدِّر - إذا كان ممكناً - الجوانب النفسية الفيزيولوجية، وطَبِّق المقاييس المعتمدة على الأداء والتي ترتبط باضطراب الضغوط.

أهم أدوات جمع البيانات

نعرض فيما يلي لأهم الطرق المتبعة لجمع البيانات عن اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٤ - المقابلة التشخيصية المقيدة

المقابلة موقف مواجهة بين الحالة والاختصاصي، وتهدف إلى تَعَرُّف الجوانب الأساسية لهذا الاضطراب، وأشهر ما يستخدم في مثل هذه المقابلات وغيرها: المقابلة الإكلينيكية المقيدة تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل أو الرابع Structured Clinical Interview for DSM-III-R / IV (SCID) وهي من وَضْعِ كُلٍّ من: «سبتزر، وويليامز» Spitzer & Williams، ويستخدمها العاملون في مجال الصحة النفسية بعد تدريبهم على استخدام الدليل التشخيصي.

ويتم في أثناء المقابلة بوجه عام جمع المعلومات الآتية:

١ - بيانات ديموجرافية اجتماعية.

٢ - التاريخ الطبي.

٣ - العجز أو الإعاقة.

٤ - التاريخ المهني.

٥ - التاريخ الاجتماعي.

٦ - التاريخ التعليمي.

ويجب أن يسأل الفاحص أسئلة مفصلة عن كل عرض من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، محدداً ما يلي: طبيعة العرض، والمحتوى، والتكرار، والشدة، والدوام، والتقلب أو التغير، مع وصف مختصر لكل عرض. ويمكن أن ترتبط الأسئلة التي توجه للحالة بالجوانب الآتية:

١ - طبيعة التعرض للخبرة الصدمية ودرجتها.

٢ - الصدمة الأساسية.

٣ - أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

أ - الأفكار المقتحمة، والمشاعر، والصور، والذكريات.

ب - خَدَرُ الاستجابة.

جـ - استجابات التجنب.

٤ - الجوانب المرتبطة بالاضطراب:

أ - الاكتئاب.

ب - القلق.

جـ - العدوانية.

د - سوء استخدام المواد والإدمان.

٥ - التوافق قبل المرض:

أ - الأداء المدرسي.

ب - الحياة الاجتماعية قبل المرض.

جـ - الحياة الأسرية قبل الإصابة بالمرض.

د - التاريخ الأسري المتعلق بالمرض العقلي.

ومن بين القوائم التي تطبق خلال المقابلة مع الأطفال: قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة (للأطفال) Children's PTSD Inventory (CPTSDI) وهي من وضع «فيليب صايغ» (Saigh, 1989)، والتي صممت على أساس الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث. وتتكون الأداة من أربعة مقاييس فرعية، يوضع لكل منها درجات على أساس ثنائي (أي تعطى الدرجة ١ لوجود العرض، وصفر لعدم وجوده)، وتقيس هذه المقاييس الجوانب الأربعة الآتية: الصدمة، والذكريات غير المرغوبة المثيرة للقلق، والجانب الوجداني العام، والأعراض المغايرة التي كانت واضحة قبل الصدمة، وقد فُحصت بعناية صيغ عربية وإنجليزية وفرنسية لهذه القائمة من الناحية القياسية (السيكومترية)، وتم تقنينها على الأطفال اللبنانيين.

وتجب الإشارة إلى أن وضع هذه القائمة واستخدامها مع الأطفال اللبنانيين كان في أعقاب الحرب الأهلية اللبنانية التي بدأت عام ١٩٧٥، واستمرت حوالي ستة عشر عاما، ومن ثم فإن وضع هذه القائمة (Saigh, 1989) واستخدامها في هذا السياق أمر مناسب ومقبول.

تخطيط لمقابلة تشخيصية مقترحة:

فيما يلي بعض الجوانب الأساسية التي يمكن أن يعمل الاختصاصي على ضوئها في المقابلة التشخيصية. وتشتمل المعلومات الآتية:

١ - بيانات عامة.

٢ - الشكاوى والأعراض الحالية.

٣ - الحالة النفسية العامة قبل الصدمة: الجوانب المعرفية والانفعالية والمهنية أو الدراسية.

٤ - الحالة النفسية العامة الآن على أساس الاختبارات والاستخبارات.

٥ - موجز الحادث الصدمي كما يقصه المريض.

٦ - سلوك المريض أثناء وقوع الحادث الصدمي.

٧ - مشاعر المريض في أثناء الحادث.

٨ - سلوك المريض في اليوم التالي للحادث.

٩ - الأضرار المادية والآثار النفسية للحادث من وجهة نظر المريض الآن.

١٠ - تسجيل أية حوادث صدمية سابقة.

١١ - تطبيق المحكات التشخيصية للاضطراب.

٥- استخبارات اضطراب الضغوط

يُتاح عدد لابأس به من الاستخبارات التي تهدف إلى تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ومن أهمها ما يلي:

أ - مقياس اضطراب الضغوط المشتق من قائمة منيسوتا:

بينت الدراسات التي استَخدمت قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI لقياس توافق المرضى باضطراب الضغوط التالية للصدمة أن لهم درجات مرتفعة - بشكل متسق - على عدد من المقاييس الإكلينيكية. ولكن عينات

المفحوصين في هذه الدراسات كانت قليلة العدد، أو أن المفحوصين كانوا يتسمون بملامح إكلينيكية أخرى كالإدمان مثلا. وظهر أن اضطراب الضغوط يرتبط بالمقاييس الآتية:

أولاً - مقياس (ف):

وهو يقيس أصلاً التفكير المختلف أو غير النمطي، ويمكن تفسير الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بطرق متعددة كما يلي: ١ - محاولة للتزييف إلى الأسوأ (كالتمارض أو المبالغة في الأعراض طلبا للمساعدة)، ٢ - الاستجابة العشوائية، ٣ - قد يعكس تفكيراً عصابياً أو ذهانياً شديداً.

ثانياً - مقياس (ك):

ويقيس محاولة الفرد تقديم نفسه في صورة طَلِيَة وجذابة، وقد تشير الدرجات المنخفضة إلى شخص إما أنه يبالغ في مشكلاته طلباً للعون والمساعدة، أو محاولة للتزييف إلى الأحسن، أو أنه ناقد لنفسه، شكاك، غير كفء في التعامل مع مشكلات الحياة اليومية.

ثالثاً - المقياس (٢): الاكتئاب

ويقيس أعراض الاكتئاب المتعددة.

رابعاً - المقياس (٨): الفصام

ويقيس أعراضاً ذهانية كالهلاوس، ومع ذلك فإنه يقيس أيضاً الاغتراب الاجتماعي، والمخاوف، وصعوبات التحكم في الاندفاعات، والتركيز.

وقد طَوّر «كين» Keane وصَحْبُه مقياساً مستخرجاً من قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية، ويتكون من ٤٩ بنداً مستخرجاً من أي من صورتي القائمة (MMPI-1, MMPI-2). وقد أمكن بوساطة هذا المقياس المشتق التفرقة بنجاح بين مرضى اضطراب الضغوط التالية للصدمة والمرضى بغير هذا الاضطراب (Keane,

(Malloy & Fairbank, 1984). وميزة المقاييس المشتقة من قائمة منيسوتا أن هذه القائمة مترجمة إلى أكثر من مائة لغة مما يمكّن من المقارنة بين النتائج عبر الحضارات.

ب - مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة المعدّل
Modified PTSD Symptom Scale - Self Report (MPSS-SR)

هذا المقياس من وضع كل من: «شيري فالسيتي، وهايدي ريزنيك، وباتريشيا رزيك، ودين كيلباتريك» (Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993) ومن تعريب كاتب هذه السطور بتصريح من مؤلفيه.

ويشتمل هذا المقياس (انظر جدول ١٩) على ١٧ بنداً (سؤالاً)، تتطابق مع محكات الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويُقدِّر هذا المقياس كلاً من التكرار Frequency، والشدة Intensity.

ويعطى للمفحوص تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة إذا اختار ما يلي على الأقل: (١) إعادة المرور بالخبرة، (٢) أعراض التنبه، (٣) أعراض التجنب.

ويتراوح مدى الدرجات بين صفر - ٥١ (التكرار)، وصفر - ٦٨ (الشدة)، وصفر - ١١٩ (الدرجة الكلية). وتتاح درجات فاصلة Cut-off scores للمقياس.

ولهذا المقياس اتساق داخلي جيد، فوصل معامل ألفا للدرجة الكلية على المقياس إلى ٠,٩٦ للعينة التي تعالج، و٠,٩٧ لمجموعة مجتمعية. وللمقياس أيضاً صدق تلازمي جيد.

ويصلح هذا المقياس للاستخدام مع المجموعات الإكلينيكية لتحديد أعراض اضطراب الضغوط، ويمكن أن يُستخدم كذلك أداة للفرز Screening tool، ولالتقاط التقدم في علاج ضحايا مختلف الحوادث الصدمية، وهو سهل الاستخدام في التطبيق والتصحيح (Resnick, Falsetti, Kilpatrick & Freedy, 1996).

جدول (١٩): بنود المقياس المعدل لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة

الهدف من هذا المقياس تقدير مدى تكرار الأعراض وشدتها في الأسبوعين الماضيين، استخدم المقياس المذكور أدناه، وحدد من فضلك تكرار الأعراض المذكورة في الجانب الأيمن من كل بند، وبعد ذلك حدد شدة شعورك إلى يسار كل بند، وذلك بوضع دائرة حول الإجابة التي تناسبك أكثر.

التكرار	الشدة
صفر لا مطلقاً	أ - لا تضايقني أبداً
١ مرة أو أقل في الأسبوع/ قليلاً	ب - تضايقني بدرجة بسيطة
٢ من ٢-٤ مرات في الأسبوع/ أحيانا/ نصف الوقت	جـ - تضايقني بدرجة متوسطة
٣ خمس مرات أو أكثر في الأسبوع/ كثيراً جداً/ دائماً	د - تضايقني كثيراً
	هـ - تضايقني بدرجة شديدة

التكرار	الأعراض	الشدة
	١- هل لديك أفكار مزعجة معاودة أو تقتحم فكرك أو ذكريات عن الحادث (أو الحوادث)؟	أ ب جـ د هـ
	٢ - هل تحلم أحلاماً سيئة معاودة أو كوابيس (أحلام مزعجة) عن الحادث؟	أ ب جـ د هـ
	٣ - هل مررت بتجربة إعادة معايشة الحدث بشكل مفاجئ واسترجاعها، أو أنك تتصرف أو تشعر كما لو كانت هذه الأحداث تحدث مرة ثانية؟	أ ب جـ د هـ
	٤- هل أصبحت مضطرباً انفعالياً بعمق عندما تتذكر الأحداث (بما في ذلك رد فعلك في الذكرى السنوية لها)؟	أ ب جـ د هـ
	٥- هل بذلت جهداً مستمراً وبإصرار لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالحادث أو الأحداث؟	أ ب جـ د هـ
	٦- هل بذلت جهداً مستمراً وبإصرار لتجنب الأنشطة والمواقف أو الأماكن التي تذكرك بالحادث؟	أ ب جـ د هـ
	٧ - هل هناك أي جوانب مهمة في الحادث مازلت عاجزاً عن تذكرها؟	أ ب جـ د هـ

تابع جدول (١٩): بنود المقياس المعدل لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة

التكرار	الأعراض	الشدة
	٨ - هل فقدت الاهتمام بشكل ملحوظ بالأنشطة الحرة منذ وقوع الحادث؟	أ ب جـ د هـ
	٩ - هل شعرت أنك منعزل عن المحيطين بك منذ وقوع الحادث؟	أ ب جـ د هـ
	١٠ - هل شعرت بأن قدرتك على أن تحسّ بالمشاعر الانفعالية أصبحت أقل (مثال: عدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب، وهل فقدت الحس والمبالاة، وهل تعجز عن البكاء عندما تكون حزيناً، . . . إلخ)؟	أ ب جـ د هـ
	١١ - هل شعرت بأن آمالك وخططك المستقبلية قد تغيرت بسبب الحدث؟ (مثلاً: لا تفكير في الوظيفة أو الزواج أو الأطفال أو العمر الطويل)؟	أ ب جـ د هـ
	١٢ - هل أصبحت لديك صعوبة مستمرة في الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً؟	أ ب جـ د هـ
	١٣ - هل أصبحت سريع الغضب بشكل مستمر أو تحدث لك نوبات غضب؟	أ ب جـ د هـ
	١٤ - هل تشعر بصعوبة في التركيز بصفة مستمرة؟	أ ب جـ د هـ
	١٥ - هل أصبحت شديد الحذر والانتباه منذ الحادث فتتفحص من حولك وتتحقق منهم؟	أ ب جـ د هـ
	١٦ - هل أصبحت أكثر عصبية ومن السهل ترويعك وإثارتك منذ الحادث؟	أ ب جـ د هـ
	١٧ - هل أصبح لديك ردود فعل جسمية عميقة (مثل زيادة العرق وخفقان القلب) عندما تتذكر الحادث؟	أ ب جـ د هـ

جـ - مقياس ميسيسيبي للضغوط المرتبطة بالحرب:

يقيس هذا المقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالحرب، وهو من وضع كُلٍّ من «كين، وكاديل، وتايلور» (Keane, Caddell & Taylor, 1988). ويتكون من ٣٥ عبارة مشتقة من محكات الدليل التشخيصي الثالث للاضطرابات النفسية، يُقدِّر المفحوص نفسه على كُلٍّ منها على أساس مقياس من نوع ليكرت

(خماسي). وقد وُضعت البنود من قبل الإكلينيكيين ممن لهم خبرة مستفيضة في علاج المرضى باضطراب الضغوط التالية للصدمة. وللمقياس معامل ثبات (اتساق داخلي) مرتفع وصل إلى ٠,٩٤، وقد استُخرج من التحليل العاملي للبنود (٣٥ بنداً) ستة عوامل كما يلي:

١ - الذكريات المقتحمة والاكتئاب.

٢ - مشكلات التوافق الاجتماعي.

٣ - تقلب الوجدان والذاكرة.

٤ - الملامح الاجترارية للاضطراب.

٥ - الملامح الاجترارية.

٦ - مشكلات النوم.

ويتاح للمقياس درجة فاصلة (وقدرها ١٠٧) تُستخدم لتمييز المرضى الذين لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتصلة بالحرب عن غيرهم، ولهذه الدرجة حساسية مرتفعة قدرها ٩٤٪. والحساسية Sensitivity هي عدد الحالات الصائبة التي صُنِّفت على أنها حالات بالنسبة إلى مقاييس المسح. أما النسبة المئوية للحالات التي صُنِّفت تصنيفاً صحيحاً فكانت ٨٩٪.

٦ - أدوات القياس الفيزيولوجية

تستخدم الطرق الفيزيولوجية أجهزة معقدة، والأجهزة مكلفة، وتحتاج إلى من يقوم بتشغيلها وصيانتها، وقد اقترح «بلانشارد» وصحبه عام ١٩٨٦ استخدام معدل ضربات القلب Heart Rate وحده للإسهام في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك باستخدام جهاز الرسم الكهربي للقلب ECG، ويمكن الحصول عليه في أي مستشفى.

وعندما لا تتاح الأجهزة الفيزيولوجية يمكن للإكلينيكي (بعد موافقة المريض) أن يحصل على معلومات فيزيولوجية من السجلات الطبية للمريض،

وذلك مثل: معدل ضربات القلب، وضغط الدم الانبساطي والانقباضي. وهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن مرضى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديهم تنبُّه زائد، أو استجابة مرتفعة بطريقة مزمنة حتى في المواقف التي لا ترتبط بالأحداث الصدمية، كما اتضح أن هؤلاء المرضى تصدر عنهم استجابات فيزيولوجية زائدة للمؤشرات التي ترتبط بالأحداث الصدمية.

تجربة «بلانشارد» وصحبه

من بين التجارب المهمة في هذا الصدد التجربة التي درس فيها «بلانشارد» وصحبه (Blanchard *et al.*, 1982) أحد عشر محارباً ممن حاربوا في فيتنام وشُخِّصوا باضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث قورنوا بعينة ضابطة من غير المحاربين لهم نفس العدد والجنس والسن، وقد استمع المفحوصون إلى شرائط مسجلة تشتمل على خمس محاولات تحتوي على ما يلي: ٣٠ ثانية موسيقا، و٣٠ ثانية من الصمت، و٣٠ ثانية أصوات حربية، وقد تزايد حجم الصوت في كل محاولة. وكشفت النتائج أن المحاربين حدثت لديهم زيادة أكبر بدرجة جوهرية في كل من: معدل ضربات القلب، وضغط الدم الانبساطي والانقباضي، وتوتر عضلة الجبهة، وذلك بالمقارنة إلى غير المحاربين، وقد نجح متغير معدل ضربات القلب في تصنيف ٩٥٪ من أفراد العينة تصنيفاً دقيقاً (٢١ من ٢٢ مفحوصاً)، وقد تكررت النتيجة ذاتها في دراسات تالية.

وعلى الرغم من أن مثل هذه الدراسات الفيزيولوجية التي تعتمد على الأجهزة الحيوية يمكن أن تكون واعدة، فإنها لم تُستخدم بتوسع للأغراض التشخيصية الفعلية، فضلاً عن أنه يقف ضد التوسع في استخدامها المشكلات التي نوَّهنا إليها في صدر هذه الفقرة.

٧ - تكامل طرق قياس الاضطراب وتشخيصه

لكل طريقة قياسية من الطرق التي عُرضت في الفقرات السابقة مزايا وعيوب محددة، والحق أن كثيراً منها يرجع إلى خواص معينة في هذه الطرق للقياس، ناهيك عن أننا أمام اضطراب متعدد الجنبات معقد الجوانب، ذلك أن

قياسه يمكن أن يتداخل مع قياس بقية أنواع الاضطرابات، فضلاً عن حالات التمارض كذلك. ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى مزيد من البحوث في هذا المجال البكر نسبياً.

من أجل ذلك يوصي عدد من الباحثين (Sue *et al.*, 1990, pp. 169-170) بضرورة استخدام بطارية اختبارات ذات أقسام ثلاثة: سلوكية وفيزيولوجية ولفظية (استخبارات). وقد استُخدمت هذه الطرق الثلاث في دراسة على ثلاث مجموعات من المحاربين كما يلي:

١ - من لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٢ - من ليس لديهم هذا الاضطراب.

٣ - من لديهم اضطرابات طبية نفسية أخرى غير اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وتعرضت هذه المجموعات الثلاث لكل مما يلي:

أولاً: منبهات سمعية بصرية عن الحرب (طائرات هليوكبتر تطير، جنود يهبطون من الهليوكبتر، أصوات نيران بندقية آلية).

ثانياً: منبهات محايدة (زوجان يرحلان عن منزل، أناس يسيرون حول متنزه، أصوات زحام).

وقد اختلف المحاربون الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة عن المجموعات الأخرى عندما تعرضوا فقط لمنبهات متصلة بالقتال، فكشفوا - بالنسبة للمنبهات الأخرى - عن استجابات فيزيولوجية مرتفعة (زيادة معدل ضربات القلب)، وتجنب سلوكي مرتفع (كما قيس بالضغط على مفتاح لإنهاء المنبهات التي تثيرهم وتضايقهم)، وقرروا مستويات مرتفعة من الخوف والقلق. ويبدو أن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة خاصة بالموقف الصدمي، وليست مجرد تنبه متزايد.

* * *

الفصل العاشر

علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

١ - العلاج السلوكي.

٢ - العلاج الانفجاري والغمر المتخيل.

٣ - طريقة التعرض العلاجي المباشر.

٤ - العلاج السلوكي المعرفي.

٥ - العلاج الجماعي.

٦ - العلاج بالعقاقير.

تذييل عن علاج الأقليات.

الفصل العاشر

علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة

تمهيد

هناك مجموعة من الأسئلة المهمة في مجال الصدمة: هل يمكن أن نعد الاستجابة لمواقف أو حوادث صدمية مسببة للضغوط والمشقة استجابة مرضية؟ ألم نقل: إن تعريف الحادث الصدمي أنه ذلك الموقف الذي يعد عصيباً وضاغطاً ومضايقاً لكل إنسان؟ وأن الاستجابة لهذا الحادث تتضمن درجة كبيرة من الخوف والعجز والرعب؟ وإذا كان كل الناس تقريباً سيتضايقون في الحقيقة بشدة وينزعجون تماماً لمثل هذه الصدمات وينهارون - بدرجات متفاوتة - نتيجة لها، فلماذا نُدرج هذا الاضطراب ضمن اضطرابات القلق؟ وإذا كان لكثير من هذه التساؤلات ما يسوغها، فمهما كانت الأحوال فإنه يجب النظر إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه اضطراب يُدرس ويُشخص ويُعالج. ولكن يمكن ممارسة هذه الأنشطة جميعاً بالتأكيد دون أن نعد الظاهرة شاذة (Davison & Neale, 1990, p.158).

لقد تحدد اضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه فئة مرضية محددة في وقت حديث نسبياً (عام ١٩٨٠)، ومع ذلك فقد طُوِّرت برامج علاجية متعددة لمن بقي على قيد الحياة بعد الحوادث الصدمية غير العادية وعانى من الاضطراب. وعلى الرغم من أن الملامح المحددة لبرامج العلاج هذه تختلف من صدمة إلى أخرى فإن كل هذه البرامج تشترك معاً في عدد من الأهداف الأساسية، وأهمها أنها تساعد الفرد الذي بقي على قيد الحياة بعد الصدمة أن يقلل من الأعراض المتبقية لديه، أو أن يتغلب عليها.

فالمعالج يساعد المريض على أن ينظر إلى خبرته الصدمية من منظور أشمل، وذلك حتى يعود إلى العيش المنتج البنّاء (Comer, 1992, p.249). ويوصي «بيترسون» وصحبه (Peterson *et al.*, 1991, pp.143-144) بضرورة أن يبدأ

العلاج بأسرع ما يمكن ودون إبطاء أو تأجيل، كما يجب أن يكون العلاج مختصراً موجزاً.

وأكثر أنواع العلاج المستخدمة في هذا المجال: العلاج السلوكي ثم المعرفي، أو العلاج الذي يجمع بينهما. ويقدم هذا الفصل نبذة عن العلاج السلوكي، مع التركيز على أهم الطرق الفنية المستخدمة منه وهي: العلاج الانفجاري والغمر المتخيل، والتعرض العلاجي المباشر، ثم نقدم للعلاج السلوكي المعرفي، فالعلاج الجماعي، والعلاج بالعقاقير، مع كلمة ختامية موجزة عن علاج مضطربي الضغوط التالية للصدمة الأمريكيين من أصل عربي. ونبدأ بفكرة عامة عن العلاج السلوكي.

١ - العلاج السلوكي

يعد العلاج السلوكي Behaviour Therapy (Peterson *et al.*, 1991, pp.159-162) مناسباً لكثير من حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وبخاصة للمرضى الذين يكشفون عن هذا الاضطراب في إحدى صورتيه: المزمنة أو المؤجلة، وقد برهنت المقاييس الموضوعية على نجاح هذا العلاج. وعلى الرغم من أن استخدام الطرق السلوكية يوصَى به في علاج الذكريات الصدمية فإن هذه الطرق يجب ألا تُستخدم وحدها، بل يتعين أن يُستخدَم العلاج السلوكي لأعراض هذا الاضطراب في سياق يجمع بينه والعلاج النفسي المساند Supportive.

وتتلخص الافتراضات النظرية في العلاج السلوكي في أن استجابة المريض لذكريات الحوادث الصدمية هي التي تُنتج المظاهر الأولية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما افتُرض أن الملامح الثانوية لهذا الاضطراب تتسبب - بشكل مباشر أو غير مباشر - في ردود فعل المريض لهذه الذكريات. ومن ثم فإن تذكُّر المريض للحادث الصدمي هو بؤرة الاهتمام في المدخل السلوكي لعلاج هذا الاضطراب.

وتتاح في التراث السيكولوجي - على الأقل - خمس طرق سلوكية للعلاج

الفردي لهذا الاضطراب وهي:

١ - العلاج الانفجاري Implosive، والغمر المتخيل Imaginal Flooding.

٢ - التسكين المنظم Systematic Desensitization.

٣ - الإعادة أو التكرار السلوكي Behavioural Rehearsal.

٤ - التمرين على التحصين (التطعيم) ضد الضغوط Stress Inoculation Training.

٥ - التعرض العلاجي المباشر.

ونعرض لأول هذه الطرق العلاجية بشيء من التفصيل تبعا لما يورده «بيترسون» وصحبه (Peterson *et al.*, 1991, pp.159-162).

٢ - العلاج الانفجاري والغمر المتخيل

يعد العلاج الانفجاري والغمر المتخيل أكثر الأشكال الشائعة في العلاج السلوكي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي يؤيده تراث من الدراسات المتراكمة. ويتكون العلاج الانفجاري من التقديم التخيلي للحادث الصدمي الذي واجه المريض، ويحدث ذلك بشكل متكرر حتى الدرجة التي يصبح فيها المنظر الصدمي غير مثير لمستويات مرتفعة من القلق (الانطفاء خلال التعرض). ويتلخص الهدف من هذا الإجراء في أن نقلل من تجنب الذكريات الصدمية والقلق الذي يسببه تذكرها.

وهناك ثلاث مراحل في طريقة العلاج الانفجاري وهي:

المرحلة الأولى: التدريب على الاسترخاء:

يتعلم المريض باضطراب الضغوط التالية للصدمة شكلا من أشكال الاسترخاء المتدرج للعضلات Progressive Muscle Relaxation (PMR)، ويبدأ المريض بتعلم الاسترخاء خلال عملية «الشد - الاسترخاء» لست عشرة مجموعة عضلية. وتُشَجَّعُ مواصلة التدريب على الاسترخاء في المنزل، ويرتقي التدريب على الاسترخاء بقدرة المريض على تخيل منظر ما، ويزيد من خفض القلق التالي

لتقديم المنظر الصدمي في المرحلة الثالثة. ويستغرق التدريب على الاسترخاء عادة حوالي أربع جلسات.

المرحلة الثانية: التدريب على التخيل السار:

بعد أن ينجح المريض في اكتساب استجابة الاسترخاء، يتم تعليمه أن يتخيل صوراً أو تخيلات سارة Pleasant Imagery، ولهذا الأسلوب هدفان، فإن التخيلات السارة تزيد من الاسترخاء، وتسمح للمعالج بأن يحدد طاقة المفحوص على العمل التخيلي.

المرحلة الثالثة: العلاج الانفجاري:

تشتمل هذه المرحلة على ثمان مراحل فرعية كما يلي:

١ - **تكوين مدرج الذكريات الصدمية:** يُطلَب من المريض أن يحدد الذكريات الصدمية، وإذا كان هناك أكثر من خبرة صدمية، فيجب أن ترتب الصدمات المختلفة تدرجياً، ابتداء من أقل الذكريات إثارة للقلق إلى أكثرها. وإذا كان هناك صدمة واحدة فقط تشتمل مناظر متعددة فإنه يمكن تكوين مدرج Hierarchy واحد للمناظر الخاصة بها.

٢ - **تقدير درجة الضغوط الناتجة عن الذكريات الصدمية:** تقدر كل ذكرى صدمية على مقياس تتراوح درجاته من ١ إلى ١٠ (١ = لا يثير القلق، ١٠ = مثير لأكبر قلق)، ويكون تقدير المريض للضغوط على أساس ذاتي وشخصي. وعندما توجد أكثر من ذكرى، فإن الذكرى التي حصلت على درجة ضغوط أقل هي التي يبدأ المعالج في التعامل معها.

٣ - **الاسترخاء:** قبل تقديم الذكريات الصدمية في الجلسات، يُشَجَّع المريض على أن يسترخى مستخدماً مهاراته في الاسترخاء المتدرج للعضلات، ويزيد ذلك من قدرة المريض على التخيل، ويُنقص من الأفكار غير المرتبطة بالمهمة التي يضطلع بها المريض مع المعالج.

٤ - **وضع المشهد:** بمجرد أن يسترخي المريض فإن المعالج يستخدم العلامات أو الهاديات Cues الحسية (بصرية، سمعية، تذوقية، شمية) كي يُولِّد في خيال المريض مشهد الصدمة أو المنظر الخاص بها، وإن معرفة أدق التفاصيل عن هذا المشهد من المريض يسهل المهمة، ويجعل الصورة واقعية جداً في عقل المريض.

٥ - **تقديم العلامات الصدمية:** بعد وضع المشهد فإن المعالج يقود المريض خلال الحادث الصدمي، ويسمح التفاعل المستمر بين المريض - مرة ثانية - وتفاصيل الحادث بأن يتم تخيلها إلى أقصى درجة. ويتم التركيز على أكثر العوامل إثارة للقلق في الحادث، ويتم كذلك إطالتها ومد أجلها.

٦ - **تقديم علامات إضافية:** يساعد المعالج المريض على تذكر نوعين إضافيين من العلامات التي تُستخدم في العلاج الانفجاري، أولهما العلامات التي تنبع من داخل المريض، ويمكن أن يقررها أي يضعها في ألفاظ، وتشتمل هذه الفئة على ما لدى المريض من أفكار ومشاعر وصور منفرة وكريهة ترتبط بالحادث الصدمي. وتمثل هذه العلامات استجابة المريض المعرفية للحادث، ويمكن أن تتضمن مشاعر مثل: الذنب، والغضب، والحزن. وثانيهما: العلامات المفترضة، وتتضمن: الخوف من الضرر البدني، والخوف من الموت، والخوف من السلوك العدواني، والعقاب على سوء التصرف، والخوف من النبذ. ويُعتقد أن هذه العلامات المفترضة ترتبط بالإشراط من الرتبة الراقية الذي تَعَلَّقَ بالصدمة الأصلية. ومن ثم فإنه يتسبب في كثير من مشكلات المريض.

٧ - **إنهاء المشهد:** يَطلب المعالج من المريض خلال إجراءات الغمر أن يحدد درجة من ١ إلى ١٠ على مقياس للضيق أو الألم الذاتي، وينجم عن التعرض الممتد أو المستمر للمشهد بوجه عام تناقص في التقديرات. ويشير تناقص هذه التقديرات بمرور عدة جلسات إلى خفض القلق الذي تثيره هذه الذكرى.

٨ - **إنهاء الجلسة:** يُستخدم الاسترخاء مرة ثانية في نهاية الجلسة، ثم مناقشة المريض لما جرى في هذه الجلسة (Peterson *et al.*, 1991).

وإن تشجيع المريض على مواجهة المنبهات الصدمية التي سبق له أن تجنبها، يجعله يكتسب شعوراً بالسيطرة عليها والتحكم فيها، ولهذا العلاج نتائج مفيدة بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة التي تقف على قائمة الانتظار، حتى بالنسبة للاضطراب الذي استقر لدى المريض. ولهذه الطريقة العلاجية تأثير كبير على الأفكار المقتحمة، مع تأثير أقل بقليل على التجنب (Raphael & Wilson, 1993, p.112).

٣ - طريقة التعرض العلاجي المباشر

للتعلم الشرطي دور أساسي في نشأة هذا الاضطراب، ولذا فإن العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي لهذا الاضطراب هو الشائع في هذا المجال (انظر إلى الفصلين الرابع والخامس في الكتاب المحرر: Saigh, 1992). ومن أهم الطرق المستخدمة هنا التعرض العلاجي المباشر Direct Therapeutic Exposure (DTE)، ويُعَرَّف بأنه التعرض المتكرر والممتد - سواء أكان في الواقع أم في الخيال - لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية ولكنها مخيفة للمريض، وذلك بهدف تقليل قلقه، ويشتمل هذا التعرض نوعين هما: التعرض المتدرج Graded (كالتسكين المنظم Systematic Desensitization)، والتعرض غير المتدرج (كالغمر Flooding والانفجاري Implosive). ويُطلب من المريض في هذه الطريقة أن يَسْتَحْضِرَ في ذهنه - بشكل متكرر ومتخيل - الأحداث المرتبطة بالخبرة الصدمية، مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق، وينتج عن التعرض المتكرر من هذا النوع - تحت إشراف المعالج وتوجيهه - انخفاض كبير في التنبه الفيزيولوجي والشخصي للمريض استجابةً للصور الخيالية، ويلي ذلك عادة اختفاء الأفكار التي تقتحم عقل المريض، كما تختفي اضطرابات النوم.

وفي تطبيق عملي لهذه الطرق قام «صايغ» (انظر: Sue *et al.*, 1990, p.170) بعلاج طفل في السادسة من عمره يعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك بعد تعرضه لانفجار قنبلة، ورؤية أشخاص مصابين، ونجح هذا

العلاج من خلال استخدام الاسترخاء المتدرج والغمر المتخيل، وقد طُلِبَ من الطفل تخيّل أفراد مصابين، ورائحة الدخان، وصيحات الأفراد. وقد خَفَّضت هذه الطريقة الفنية بوضوح من هذه الأعراض.

وفي إحدى الدراسات (Comer, 1992, p.249) استُخدمت طريقة الغمر مع التدريب على الاسترخاء Relaxation، حيث ساعدت هذه الطريقة محارباً سابقاً في الحادية والثلاثين من عمره على التخلص من استعادة شريط الذكريات المتصلة بالحرب ومن الكوابيس، وقد قام العميل والمعالج في البداية بتحديد مناظر الحرب وعزلها، تلك المناظر التي يعود العميل فيَخْبُرها ويعايشها بشكل متكرر، وعندئذ يقوم المعالج بمساعدة المضطرب على أن يتخيل أحد هذه المناظر بتفصيل شديد، ويحثه على أن يحتفظ بالصورة إلى أن ينخفض قلقه. وبعد كل تمرين من تمرينات الغمر هذه ينتقل المعالج إلى التخيل الإيجابي، ويقود العميل خلال تمرينات الاسترخاء، وقد استجاب العميل لهذا العلاج، وتناقصت استعادته لذكريات الحرب وإلحاحها عليه وكذلك الكوابيس.

٤ - العلاج السلوكي المعرفي

تم تطوير مداخل معرفية سلوكية أيضا للعمل مع ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، على أساس أن أعراض هذا الاضطراب قد تسبب في حدوثها رؤية الفرد للعالم على أنه مكان للعيش لا يمكن التنبؤ به ولا التحكم فيه. وتتضمن الاستراتيجية العلاجية (Sue *et al.*, 1990, 170) أن نمكِّن الفرد مما يلي:

١ - إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى متسقاً في هذا العالم (وذلك بمقارنة الفرد بأولئك الذين هم أقل حظا منه)، والنظر إلى الاستفادة الممكنة من هذه الخبرة.

٢ - إيجاد معنى وغرض في هذه الخبرة.

٣ - تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع الحادث من أن يعاود الحدوث.

٤ - البحث عن المساندة الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن الطرق العلاجية التي تركز على شفاء الأعراض تُعَدُّ مفيدة بوجه عام، فإن معظم الإكلينيكيين يعتقدون أن المحاربين الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة لن يشفوا تماماً ما لم ينشأ لديهم أيضاً استبصار Insight في أمورهم، وأن يتسع مجال رؤيتهم لخبراتهم في الحرب والتأثير المستمر لهذه الخبرات عليهم. ويساعد الإكلينيكي المَرْضَى أحياناً على استخراج المشاعر عميقة الغور، وتقبل ما فعلوه وجَرَّبوه (أو ما فُعل فيهم وكان شديداً) بحيث يُصبح حكمهم على ما فعلوه (أو فعله الآخرون فيهم) أقل تشدداً. ومن ناحية أخرى وجد عالم النفس «جيمس بينيبيكر» Pennebaker أن الكلام (أو حتى الكتابة) عن الخبرات الصدمية التي تم قمعها يساعد على التقليل من الأعراض المتبقية للقلق والتوتر (Comer, 1992, p.250). كما يركز كثير من الإكلينيكيين على أثر المساندة الاجتماعية Social support التي تُقَدَّم للمريض من خلال الأسرة أو العلاج الجماعي.

٥ - العلاج الجماعي

يتضمن العلاج الجماعي Group Therapy كما يستخدم في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة مجموعة من المرضى الذين يشتركون في الاضطراب ذاته بالإضافة إلى المعالج بطبيعة الحال، وهنا ميزة أنهم يشاركون بعضهم بعضا الخبرات ذاتها، ويتقاسمون المشكلات عينها، ويقدمون سنداً انفعالياً لبعضهم بعضاً، ويتيح ذلك جواً من الثقة الجماعية والخبرة المشتركة، ذلك أن كثيراً من الأفراد - في مثل هذا الموقف الجمعي - يجدون سهولة في استرجاع الأحداث ومواجهة المشاعر التي حاولوا تجنبها سنين عددا، ومن أهم الموضوعات التي يجب أن تتعامل معها المجموعة العلاجية موضوع «الذنب» Guilt: ونقصد الذنب فيما يتصل بالأشياء التي فعلها الأعضاء حتى يبقوا أحياء، أو الذنب فيما

يتعلق بالحقيقة العارية من أنهم بقوا أحياء على الرغم من موت أصدقائهم المقربين، وما دام المضطربون (من ضحايا الحرب والاغتصاب وغيرهما) قادرين على الحديث بصراحة عن خبراتهم التي مروا بها ومشاعر الذنب التي يشعرون بها، فمن الممكن أن يقوموا بالخطوة الأولى للشفاء منها.

وهناك موضوع آخر مهم يجب أن تعالجه المجموعة العلاجية وهو مشاعر الغضب Rage التي يَخْبُرها كثير من الضحايا (في الحرب أو الاغتصاب بوجه خاص)، وتتلخص - من وجهة نظر المحارب - في أنه يحارب في سبيل قضية مشكوك فيها، ويواجه ظروفاً لا يمكن تحملها. وأخيراً قد يأخذ الغضب شكل الحزن، ويمكن أن يكون البكاء الناتج عن الغضب أمراً مُشَجَّعاً بوصفه جزءاً من النمو المهم في الجماعة أو الفرد (Comer, 1992, p.250).

٦ - العلاج بالعقاقير

وأخيراً وليس آخراً فيما يختص بعلاج حالات هذا الاضطراب فإن بعض الحالات قد تقتضي استخدام بعض العقاقير في علاجها، فقد عولج اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي يصاحبه أعراض اكتئابية ظاهرة بمضادات الاكتئاب Antidepressants، ويرتبط استخدام المركبات ثلاثية العناصر (ومهبطات MAO) عادة بالتناقص في شدة الأعراض المستديمة وتكرارها، ومنها الكوابيس، واسترجاع الحدث الصدمي، ونوبات الهلع، وفترات القلق، هذا فضلا عن تحسن المزاج والقدرة على تخفيض الغضب، كما أن استخدام العقاقير المضادة للقلق Antianxiety Drugs يقلل من التنبه واليقظة الزائدة (Wilson *et al.*, 1992, pp.15-16). وبالإضافة إلى ما ذكرناه فهناك أنواع متعددة من علاج هذا الاضطراب لا يتسع المقام لتفصيل القول عنها.

تذييل عن علاج الأقليات:

يتعين على المعالج الذي يتعامل مع مجموعة أقلية أن يكون واعياً وعارفاً بالفروق الثقافية، وأن يحاول فهم تأثير الثقافة على أفكار المريض، وعمليات التفكير التي يتبعها، ومثله العليا، وطرق التواصل التي يستخدمها. وإن المعالج الذي يتجاهل الفروق الثقافية ينكر أهمية الثقافة، وقد يكون في الحقيقة عدائيا تجاه الثقافة، وينجم عن ذلك تكوين حاجز بين المريض والمعالج.

وتطبق «نهى أبوضبه» (Abudabbah, 1994) ذلك على الأمريكيين من أصل عربي في مجال علاج اضطراب الضغوط، والحاجات النفسية لهم.

* * *

الباب الثالث

نماذج للصدمات

الفصل الحادي عشر: نماذج للأحداث الضاغطة.

الفصل الثاني عشر: نماذج من الكوارث الطبيعية.

الفصل الثالث عشر: الاغتصاب.

الفصل الرابع عشر: نماذج من صدمات الحروب.

الفصل الخامس عشر: نموذج لصدمة حرب فيتنام.

الفصل السادس عشر: نموذج لصدمة العدوان العراقي على الكويت.

الفصل السابع عشر: نماذج لدراسات آثار العدوان العراقي.

الفصل الحادي عشر

نماذج للأحداث الضاغطة

تمهيد

١ - المحرقة أو الإبادة الجماعية لليهود.

٢ - التعذيب.

٣ - اختطاف طائرة.

٤ - ضغوط المهن الخطرة.

٥ - جرائم العنف.

٦ - أهم نتائج بحوث آثار الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر.

الفصل الحادي عشر

نماذج للأحداث الضاغطة

تمهيد

الحياة الإنسانية اليومية مليئة بالضغوط من كل نوع: «فقد خلق الله الإنسان في كَبَدْ»، أي تعب ونَصَبْ. وهناك متغيرات كثيرة تؤثر في إدراكنا ووجهة نظرنا تجاه هذه الضغوط، وبصرف النظر عن هذه المتغيرات المتعددة فإن العامل الأساسي في ذلك النوع من الضغوط التي تعد مَرَضِيَّة غير سوية، وتندرج تحت فئة تشخيصية، هو أن هذه الضغوط تعد مسببة للصدمة حال وقوعها لدى كل البشر الأسوياء تقريباً (كالزلازل والقصف بالقنابل والاغتصاب ومعسكرات الاعتقال والخطف. . .)، وتعد الضغوط من هذا النوع وغيره - في الحقيقة - كسراً للإيقاع السوي للحياة الإنسانية، ونشازاً في التناغم الطبيعي للحياة البشرية، وخروجاً على المألوف والمتوقع من البيئة الاجتماعية والطبيعية، ومن ثم تعد الاستجابة لهذه الصدمات بالاضطراب والسقم والعلة والمرض أمراً طبيعياً وسوياً، ولكنه مع ذلك اضطراب يتعين علاجه، والتخفيف من آثاره.

ومن أبرز أنواع الحوادث الصدمية ما يلي:

١ - تهديد خطير لحياة الفرد.

٢ - تهديد خطير لتكامل أعضاء جسمه.

٣ - تهديد خطير أو إمكانية إلحاق الأذى بأطفال الشخص أو زوجه أو قريب حميم له، أو أصدقائه.

٤ - التحطيم المفاجئ لمنزل الشخص أو مجتمعه.

٥ - رؤية شخص آخر يتعرض لإصابة خطيرة أو يتعرض للقتل.

٦ - العنف البدني.

٧ - أن يعلم الشخص بوقوع تهديد خطير أو أذى لأسرته أو أحد أقاربه.

ويتضمن الحادث الصدمي عادة عنصراً بدنياً عضوياً، كالإصابة المباشرة للجهاز العصبي المركزي، وأمثلة ذلك إصابات الرأس Head injuries وهو ما يحدث كثيراً في الحروب (Peterson *et al.*, 1991, p.15).

ونقدم في هذا الفصل خمسة نماذج للأحداث الضاغطة كما يلي: المحرقة، والتعذيب، واختطاف طائرة، والمهن الخطرة، وجرائم العنف، نبدأ بأولها.

١ - المحرقة أو الإبادة الجماعية لليهود

يُقصد بالمحرقة Holocaust استخدام الحرق بهدف الإبادة الجماعية أو تدمير اليهود الأوروبيين في أثناء الحكم النازي في ألمانيا إبان الحرب العالمية الثانية، ويقال إن ذلك كان يتم من خلال وضعهم - بشكل جمعي - في أفران الغاز، ومن ثم سميت بالمحرقة. ولقد أثار هذا الحادث التاريخي أكبر قدر من الجدل، واستُخدم كثيراً لأسباب سياسية واقتصادية. وأُجري على الناجين من المحرقة عدد كبير من الدراسات.

آثار الصدمة:

لاحظ «برونو بتليهايم» Bettleheim عام ١٩٤٣ أن «أهم ما كان يميز المحرقة أنه لم يكن هناك مهرب منها، فضلا عن عدم التيقن (الشك) وعدم القدرة على التنبؤ، بحيث إن حياة الفرد الخاصة كانت في خطر Jeopardy في كل لحظة، ولم يكن لأحد القدرة على فعل أي شيء في هذا الصدد» (Meichenbaum, 1994, p.18).

ولوحظ اضطراب الضغوط النفسية التالية للصدمة لدى كثير ممن بقوا على قيد الحياة من معسكرات الاعتقال النازية بعد سنوات من تحررهم من هذه المعسكرات، وكان الناجون من معسكرات الاعتقال النازية هذه قد تعرضوا لما

يسمى ببصمة الموت Death Imprint وتضمنت: الاعتداءات النفسية والجسمية بوجه عام بما في ذلك التعرض للتجويع والاختناق في صندوق الأمتعة المزدحم الخاص بالسيارة (حقيبة السيارة)، والحرارة الشديدة، والبرودة الشديدة، والضرب، والعمل الإجباري، والأمراض المتوطنة، والتجريب الطبي والجراحي، ومواجهة الموت في كل وقت (Janoff-Bulman, 1992, p.56).

وقد كشفت دراسة «كريستال» على ١٤٩ شخصا ممن بقوا على قيد الحياة من هذه المعسكرات عن النتائج الواردة في جدول (٢٠).

جدول (٢٠)

الاضطرابات المتعددة التالية لصدمة الأسر في معسكرات الاعتقال النازية بعد عشرين عاماً من التحرر منها

٪ للأشخاص	الأعراض
٪٩٧	شعور بأعراض قلق، مع خوف من أن أفراد الأسرة يمكن أن يواجهوا خطراً عندما يكونون خارج مجال رؤيتهم أو بعيداً عن عيونهم.
٪٧١	كوابيس تسترجع الأَسْر، ويحلمون بأن أطفالهم الذين وُلدوا بعد ذلك مسجونون معهم الآن.
٪٨٠	شعور بالذنب؛ لأنهم بقوا على قيد الحياة، في حين مات أعضاء أسر أخرى وأصدقاء.
٪٩٢	لوم الذات لعدم إنقاذ أقاربهم وأصدقائهم.

نقد منهجي لدراسات آثار المحرقة:

ما الآثار طويلة المدى المترتبة على المحرقة على الناجين منها الباقين على قيد الحياة وذرياتهم؟ بعد كل هذه السنين، ما يزال الأمر جداليا وموضع خلاف، وكثيراً ما يشوب الدراسات الإكلينيكية في هذا المجال أخطاء منهجية، والدراسات

الدقيقة المناسبة قليلة. فقد لاحظ بعض الباحثين من استعراضهم للتراث في مجال اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الناجين من المحرقة أن هناك دراسة واحدة في الموضوع (وهي دراسة: Kuch & Cox, 1992)، التي أشارت إلى أن ٤٦٪ من العينة الكلية قد حققوا محكات اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد حوالي خمسين عاما من نجاتهم من المحرقة. أما بقية الدراسات الكثيرة فقد ركزت على عرض الحالات في إطار عينات إكلينيكية مختارة.

وعرض «لومرانز» Lomranz عام ١٩٩٤ مائة وعشر دراسات متعلقة بالجيل الأول للناجين من المحرقة، وألقى الضوء على صغر حجم العينات في الغالبية العظمى من هذه الدراسات. وعلى الرغم من صغر حجم العينات فقد استنتج أن مجرد المرور بخبرة الحدث الصدمي الشديد لا ينتج عنه اضطراب بالضرورة، وفضلا عن ذلك فإن «انتقال» transmission الصدمة عبر الأجيال لا يحدث دائماً، فمع أن بعض الأبناء والأحفاد يستمرون في «دفع ثمن المحرقة» عن تعرض آبائهم للصدمة، فإن كثيراً منهم لا يفعل ذلك.

وقد أسفرت إحدى الدراسات على أبناء ٢٥٠,٠٠٠ من الناجين من المحرقة عن حدوث نقل للعدوى Contagious لديهم، من آثار المحرقة إلى مشكلات التوافق في صورة انخفاض تقدير الذات والعجز الوجداني، ولكن هذه الاستنتاجات يقلل من قيمتها جوانب نقد منهجية كثيرة توجه إلى البحوث على الناجين من المحرقة وذرياتهم (Meichenbaum, 1994, p.18f).

وجهة نظر:

لقد كتب كثيرون عن المحرقة أو الإبادة الجماعية Holocaust التي ارتكبها الحكم النازي ضد اليهود في ألمانيا إبان الحرب العالمية الثانية، ونحن لسنا بصدد تقويم مثل هذه الأمور لأنها ليست من تخصصنا، ومع ذلك تجدر الإشارة إلى عديد من البحوث التاريخية التي تشكك في أن الإبادة الجماعية قد تمت بالأعداد التي يرددها اليهود (ومن هذه البحوث رسالة للدكتوراه في فرنسا أشارت إليها الصحف

منذ مدة)*. وبصرف النظر عن هذا الجدل التاريخي فإن ما نود أن نؤكده في هذا الصدد - من الناحية السيكولوجية - **أولا**: أن لدى كثير من الناس في الكوارث نزعة واضحة إلى المبالغة، ولذا فإن الأعداد التي تُذكر في هذه الإبادة مبالغ فيها. **ثانياً**: أن هناك عدداً غير قليل من الناجين الباقين على قيد الحياة من معسكرات الاعتقال النازية. **ثالثا**: أن كثيراً من الدراسات السيكولوجية التي أجريت عليهم تثبت اضطرابهم، ولكن هذه الدراسات يوجه إليها نقد منهجي متعدد.

والرأي لدينا - من ناحية أخرى - أن هذه الحادثة الصدمية على خطورتها قد حدثت منذ أكثر من نصف قرن من الزمان، وعبر هذه المدة الزمنية الطويلة منذ حدوثها، فقد واجه الناجون منها أحداث الحياة التالية لها، ومن هذه الأحداث ما هو غير ضاغط، ومنها ما يعد ضاغطاً Stressfull كالتقاعد عن العمل أو موت القرين أو فقد شخص عزيز أو مرض عضوي مزمن أو مشكلات حادة تواجه الأبناء أو الأحفاد...، وغير ذلك كثير، ناهيك عن صدمة جديدة ومختلفة. ولا تُلقي دراسات آثار المحرقة - في الغالب - بالاً إلى الاحتمال القوي لتأثير مثل هذه المتغيرات والأحداث ونظائرها.

٢ - التعذيب

يتضمن التعذيب Torture في الوقت الحاضر أسوأ درجة ممكنة من إيقاع المعاناة البدنية بالضحية مع تكرار التهديد بالموت. إن ضحية التعذيب تُجْبر على أن تجرب الخوف من الموت آلاف المرات في خيالها. ويُوقع التعذيب الشرير بوجه خاص بالضحية التهديد بصدمة الفقد Loss trauma أو صدمة الفقد الفعلية، كالتهديد بقتل ابن الضحية أو والده أو قتله فعلا في حضور الضحية، ويؤدي ذلك إلى صدمة الفقد. إن أحد الأهداف الأساسية للتعذيب هو تحطيم شخصية

(*) انظر كذلك إلى سلسلة الدراسات التي قام بها أ.د.عبدالوهاب المسيري، وكتاب أخير صدر من تأليف «روجيه جارودي».

الضحية، فمن بين الآثار العامة للصدمة المقصودة أنها لا تهاجم جسم الفرد فقط بل أيضا إحساسه النفسي بذاته، وبعد التعذيب يُجْبَرُ كثير من الضحايا على الابتعاد عن أوطانهم والنفي منها، ويُضيف مصيرهم بوصفهم لاجئين إلى عجزهم وحرمانهم، وينتج عن التعذيب أكبر عدد من المشكلات الصحية الحادة لضحاياه (Weisaeth & Eitinger, 1993).

وكشفت الدراسات الأحدث المتصلة بالأفعال غير الإنسانية والتعذيب عن أعراض متعددة لدى من بقوا على قيد الحياة، واشتملت إحدى الدراسات على ٤٤ شخصاً تعرضوا للضرب، والصدمات الكهربية، والتغطيس في الماء حتى يصبح الفرد على وشك الغرق، والحرق، وتم ذلك في أحد سجون أمريكا اللاتينية في السبعينيات من هذا القرن، وبعد ذلك بسنوات استمر كثير من هؤلاء الأشخاص في أن يَخْبُروا مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب، وانطبق على ١٧ شخصاً منهم المعيار التشخيصي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. ومن ناحية أخرى أظهرت دراسة مشابهة على ٤١ فرداً ممن بقوا على قيد الحياة بعد تعذيب في أحد الجيوش الأجنبية أن كثيراً منهم عانى من مشكلات مثل: العصبية، والمخاوف العميقة، والاكتئاب، والأرق، والكوابيس المتكررة، وفقد التركيز. وقد استمرت هذه الأعراض فترة طويلة بلغت ست سنوات بعد المحنة والتعذيب (Comer, 1992, p.217).

وسائل التعذيب المستخدمة

يستخدم القائمون على التعذيب والممارسون له - لسوء الحظ - أسوأ الطرق لإيقاع الأذى النفسي والبدني بالضحية، أو لإجباره على الاعتراف باقتراف أمور معينة قد لا يكون قام بها. ويقدم جدول (٢١) وسائل التعذيب البدنية والنفسية وتلك التي تستخدم عقاقير معينة.

جدول (٢١): وسائل التعذيب المختلفة

الوسائل البدنية
١ - الضرب.
٢ - الفلكة (الضرب المبرح على الكعبين).
٣ - التليفون (الضرب المتزامن لكلتا الأذنين).
٤ - التعذيب الكهربي.
٥ - الهليوكبتر (التعليق على قضيب معدني أو الربط معلقا من السقف).
٦ - الإجبار على الوقوف في وضع واحد لمدة طويلة.
٧ - الإجبار على ممارسة التمرينات الرياضية مدة طويلة.
٨ - التغطيس في الماء حتى يصبح الفرد على وشك الاختناق.
٩ - لبس قلنسوة محكمة على الرأس والوجه مليئة بالجير أو الليمون الحمضي.
١٠ - الحرق بالسجائر أو بوابور لحام المعادن أو بمادة كاوية.
١١ - الاعتداء الجنسي.
١٢ - الحبس في صندوق أو في مكان ضيق.
الوسائل النفسية
١ - تقليد تنفيذ حكم الإعدام.
٢ - تهديد الشخص والمحبين له.
٣ - الضوضاء الشديدة.
٤ - الإضاءة الساطعة المبهرة.
٥ - استخدام الغائط.
٦ - التعريض للحيوانات.
٧ - التعريض للحشرات.
٨ - إطلاق السراح وإعادة القبض عليه بشكل متكرر.
٩ - الحرمان الحسي.
١٠ - الحرمان من النوم.
الوسائل التي تستخدم العقاقير أو الحجز في المستشفى
١ - استخدام العقاقير ذات الآثار النفسية.
٢ - استخدام السم ذي المفعول البطيء.
٣ - الاعتقال في مستشفى للأمراض العقلية.

عن: (Chester, 1994).

وكشفت دراسة على ضحايا التعذيب عن استخدام عدد من الوسائل الفظيعة معهم. ويبين جدول (٢٢) هذه الوسائل تبعا لما استرجعه بعض هؤلاء الضحايا والنسبة المئوية للحالات التي استخدمت معها كل وسيلة من هذه الوسائل.

جدول (٢٢): وسائل التعذيب كما استرجعها عدد من الحالات

وسيلة التعذيب	النسبة المئوية للحالات
١ - الضرب والصفع والرفس والنخس	٨٠٪
٢ - الجلد عن طريق حزمة أسلاك غليظة أو حزام	٤٥٪
٣ - الصدمات الكهربية	٢٥٪
٤ - الفلكة (الضرب بعصا على باطن القدمين فترات طويلة حتى تتورما)	٢٥٪
٥ - عَصْبُ العينين أو تغطية الرأس والوجه	٢٥٪
٦ - الضرب بمؤخرة البندقية	٢٠٪
٧ - تقليد أو محاكاة تنفيذ حكم الإعدام	٢٠٪
٨ - منع الطعام أو تقييد كميته	٢٠٪
٩ - الحروق عن طريق السجائر أو سوائل ساخنة أو كيماويات	١٥٪
١٠ - التعليق من الذراعين أو من القدمين	١٥٪
١١ - دش بالماء البارد	١٥٪
١٢ - التحرش الجنسي	١٥٪
١٣ - طعام سيئ أو فاسد	١٥٪
١٤ - الحرمان من النوم	١٠٪
١٥ - التليفون (الضرب العنيف للأذنين حتى يعطب السمع غالباً)	٥٪
١٦ - غاز مسيل للدموع في الزنزانة	٥٪
١٧ - المشي على الشوك	٥٪
١٨ - دبابيس تحت ظفر الإبهام	٥٪
١٩ - تقييد الأيدي إلى عمود، وليّ الذراعين خلف الظهر	٥٪
٢٠ - قطع الإصبع	٥٪

عن: (Turner & Gorst - Unsworth, 1993).

الأعراض النفسية التالية للتعذيب:

درس «جولدفيلد» وصحبه (Goldfeld, Mollica, Pesavento & Faraone, 1988) الآثار البدنية والنفسية للتعذيب، والنسب المئوية لهذه الأعراض في الدراسات الإكلينيكية الأساسية المنشورة، وما يهمنا هنا هو الأعراض النفسية، ويبينها جدول (٢٣).

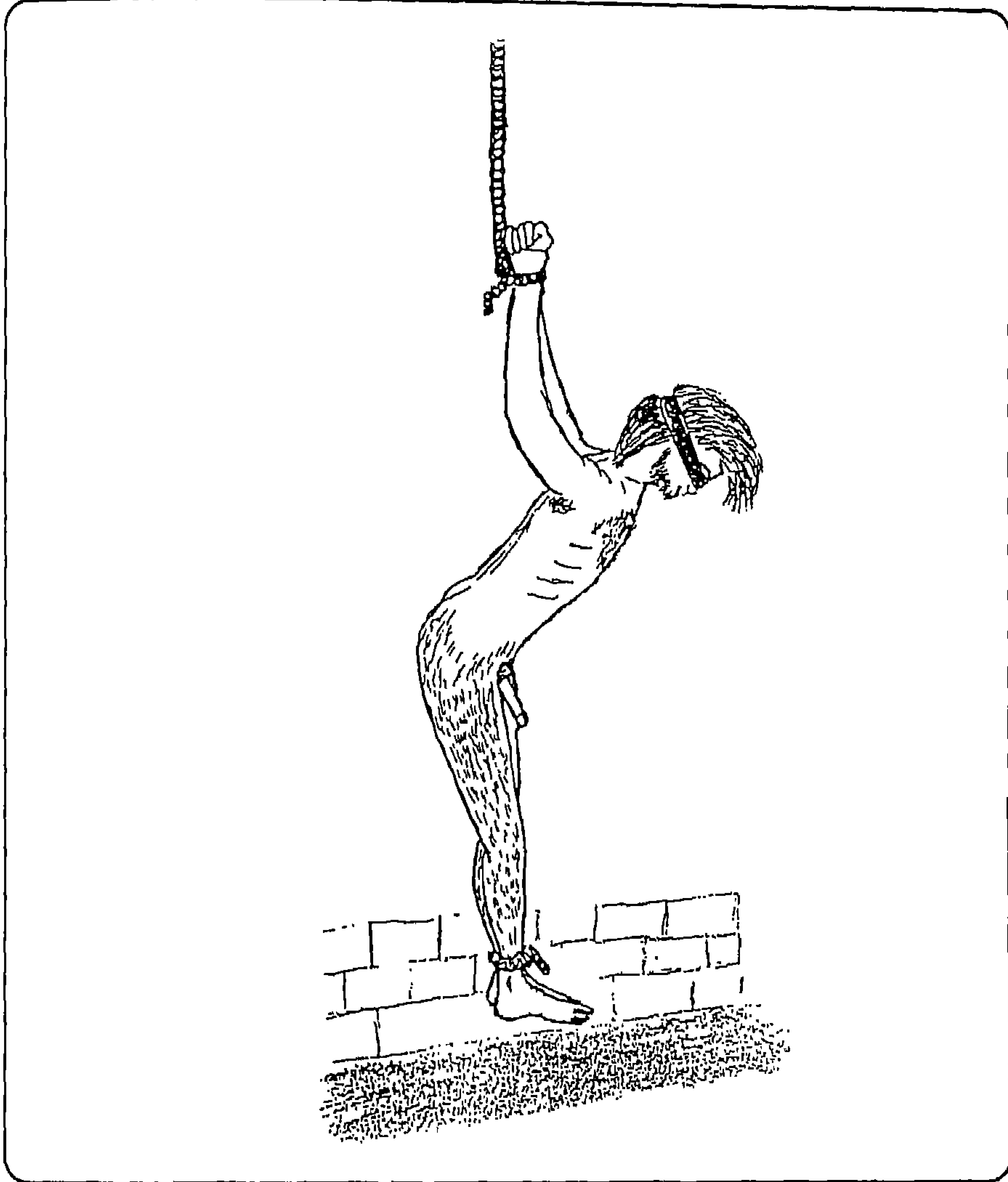
جدول (٢٣)

الأعراض النفسية الشائعة التالية للتعذيب تبعاً لعدد من الدراسات

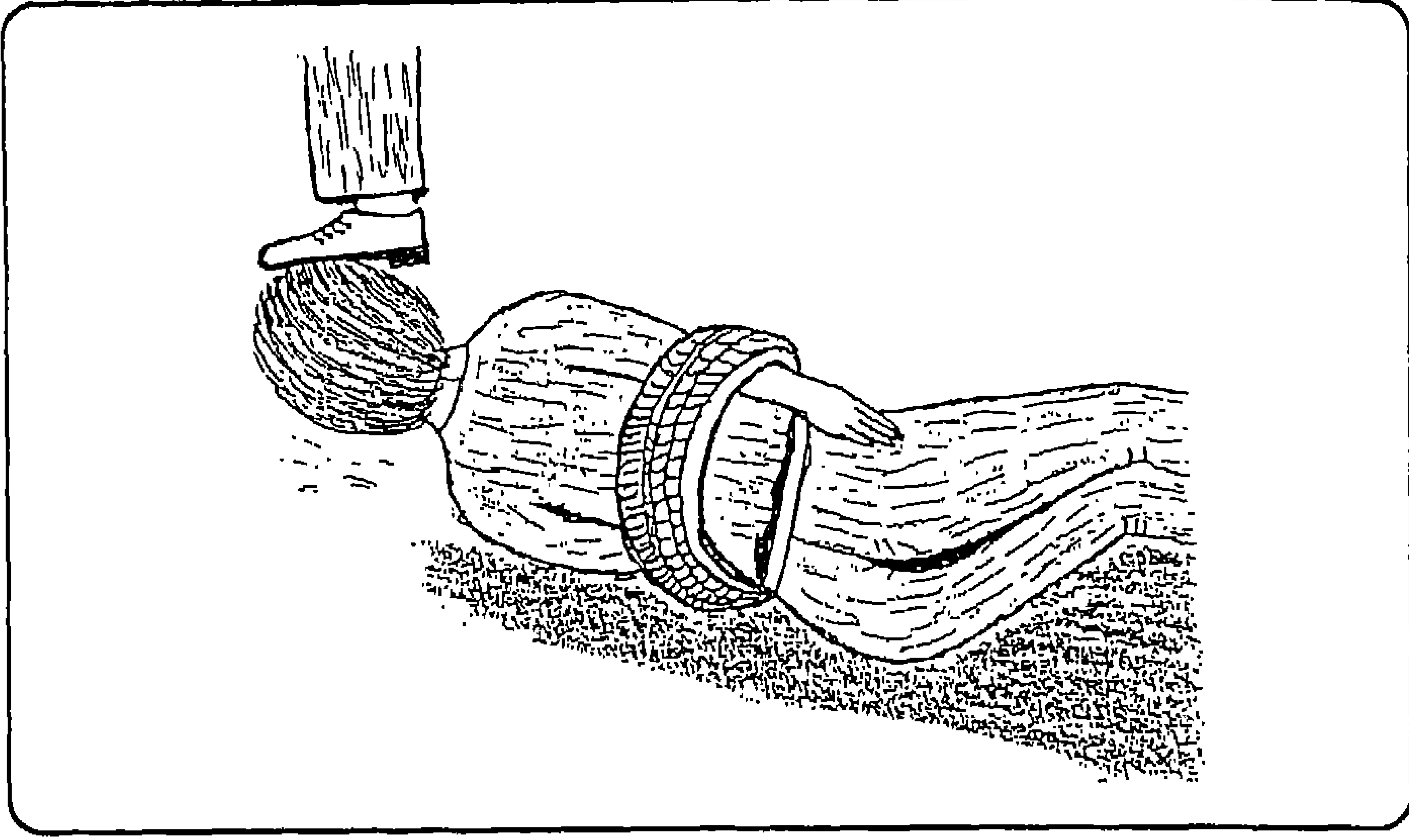
الأعراض المعرفية
١ - الخلط/ عدم التوجه.
٢ - اضطراب الذاكرة.
٣ - ضعف القراءة.
٤ - ضعف الانتباه.
الأعراض النفسية
١ - القلق.
٢ - الاكتئاب.
٣ - التهيجية/ العدوانية.
٤ - التقلب الانفعالي.
٥ - عزل الذات/ الانسحاب الاجتماعي.
الأعراض الخاصة بالجهاز العصبي
١ - نقص الطاقة.
٢ - الأرق.
٣ - الكوابيس.
٤ - خلل الوظيفة الجنسية.

عن: (Goldfeld *et al.*, 1988).

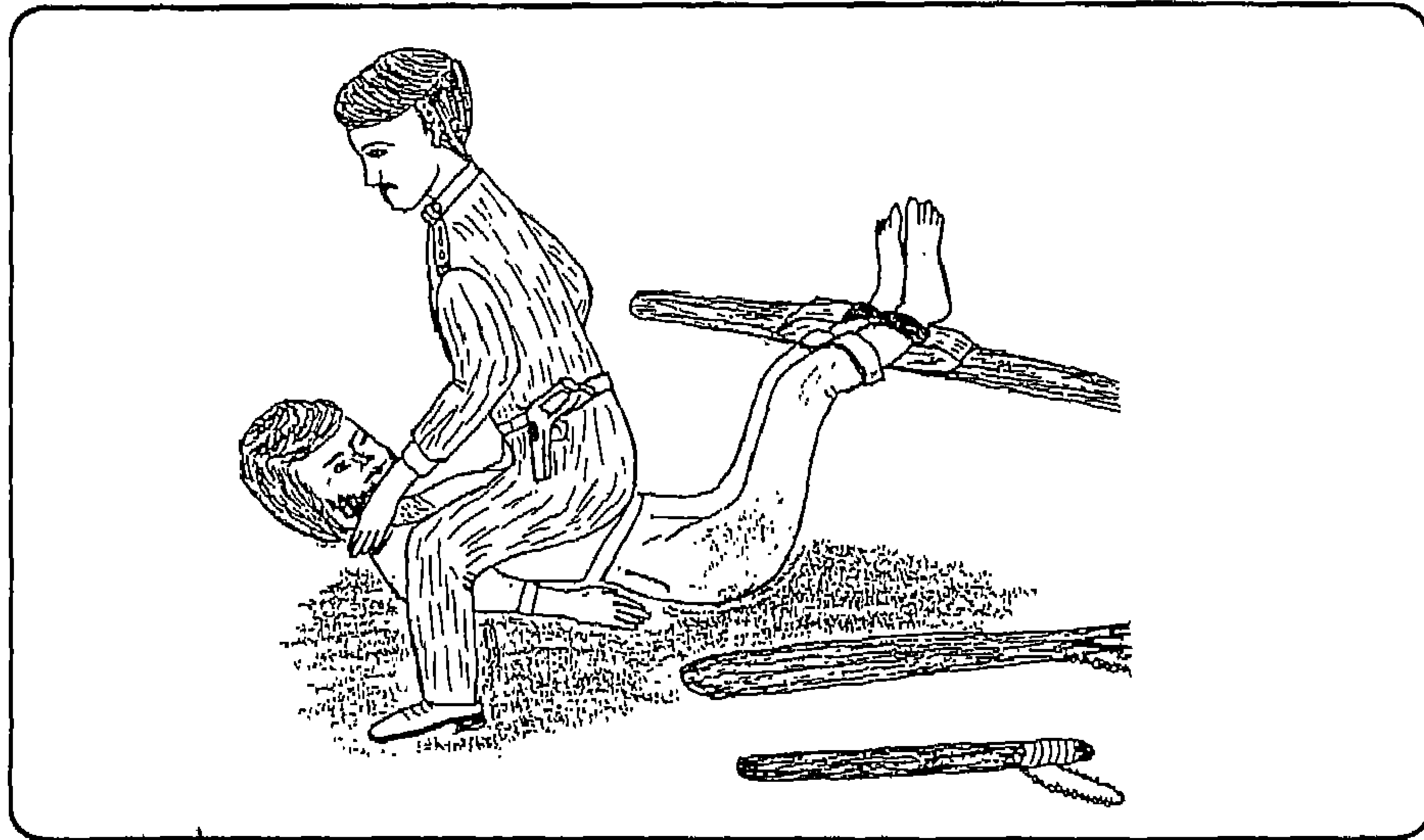
وقد قام أحد ضحايا التعذيب في أثناء علاجه برسم ثلاث طرق للتعذيب استُخدمت معه فعلا (Agger & Jensen, 1993, p., 697f) (انظر الأشكال: ٩، و١٠، و١١).



شكل (٩): «التعليق» إحدى طرق التعذيب. وتتلخص في تعليق الضحية وهو عار تماماً بحبل متدل من سقف الغرفة، ويمر به القائمون على تعذيبه ويسبونه بأقذع الكلمات. ويحكي الضحية أنه بينما كان معلّقاً وَجَّه له معذبوه تياراً كهربياً داخل عضوه التناسلي. وأخبروه بأنه أصبح - من الآن فصاعداً - عنيناً أي عاجزاً جنسياً بقية حياته، وأنه لن يكون قادراً على إنجاب أطفال.



شكل (١٠): «إطار السيارة» طريقة من طرق التعذيب. ويستخدم الإطار بوصفه قيداً يجعل الضحية عاجزاً عن الحركة سلبياً ومتلقياً لأي نوع من التعذيب البدني أو الاعتداء ولا حول له ولا قوة.



شكل (١١): الفلكة بوصفها طريقة من طرق التعذيب. في هذه الطريقة تقيد ساقا الضحية وتُربطان إلى الحائط، ويقوم الرجل الذي يجلس فوق الضحية بهز رأسه وضربه ويمنعه - في الوقت نفسه - من ارتطام رأسه بأرضية الغرفة الأسمنتية، وذلك حتى لا يجعل الضحية فاقداً للوعي، ويقوم هذا الرجل بضرب الضحية على أخمص قدميه (باطنهما) بين الحين والحين.

٣ - اختطاف طائرة

درس «طومسون» (Thompson, 1991) الآثار النفسية لدى الناجين من حادث اختطاف طائرة من الخطوط الجوية الكويتية. وقد نشرت هذه الدراسة لأول مرة عام ١٩٨٩ في مؤتمر دولي عن الضغوط والكوارث في أثينا باليونان.

وقد قام «طومسون» بفحص الأرجاع النفسية لثلاثة عشر فرداً من الناجين من اختطاف الطائرة. وطَبّق عليهم عدة مقاييس منها الاستخبار العام للصحة General Health Questionnaire، واستخبار أيزنك للشخصية Eysenck Personality Questionnaire، وتم هذا التطبيق على المفحوصين خلال أسبوعين من إطلاق سراحهم. وكشف ثمانية أفراد عن احتمال حدوث اضطراب نفسي لديهم، وكان الاضطراب شديداً لدى ثلاثة منهم، وكانت أكثر الشكاوى شيوعاً: القلق والذكريات التي تقتحم تفكير الشخص، وكذلك - ولكن بدرجة أقل - عدم قدرة الفرد على أن يقوم بوظائفه بكفاءة في المنزل أو في العمل، وأكمل تسعة مفحوصين دراسة تتبعية استمرت ستة أشهر، فظهر أن أربعة منهم يقعون فوق النقطة التي تحدد معدل الاضطراب النفسي.

٤ - ضغوط المهن الخطرة

تُشاهَدُ ملامح اضطراب الضغوط التالية للصدمة بتكرار كبير لدى العاملين في فرق الإنقاذ الخاصة بالكوارث. وهؤلاء الأفراد عادة ضحايا مستترون مختفون للكوارث والصدمات. إن العاملين في الإنقاذ في أثناء الكوارث يتعرضون بشكل متكرر لأجساد مشوهة، وتحطيم شامل، ومواقف مهدِّدة للحياة في أثناء قيامهم بالعمل المطلوب منهم والذي يتطلب جهداً بدنياً، ويؤدي هذا الجهد ذاته إلى التعب وقلة النوم والخطر على حياة الشخص، إنهم يمرون أيضاً بخبرة الضغوط الناتجة عن دورهم بوصفهم يمدون الآخرين بالمساعدة.

ومن الممكن أن يؤدي التعرض المتكرر للصدمات لدى العاملين في الإنقاذ إلى مستوى مرتفع من خطورة تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وبخاصة أول المتعاملين مع هذه الكوارث مثل: رجال الإطفاء وضباط الشرطة.

وتشير بعض التقارير إلى أن أكثر من ٦٥٠ من رجال الإطفاء يُجبرون كل عام على التقاعد من جراء أمراض مهنية، بما في ذلك الضغط النفسي، وقد

وَصَفَ «ليفتون» الألم النفسي والضيق المتولد لدى العاملين في فرق الإنقاذ في «هيروشيما»، ووجد أن مشاعر الخوف والغضب والكراهية والاستياء والغيظ تتدخل عادة وتؤثر سلباً في قيامهم بوظائفهم بشكل فعال.

كما قرر العاملون في إنقاذ ضحايا كارثة السكك الحديدية في «جرينفيل» بأستراليا عام ١٩٧٧ أنهم شعروا بمشاعر العجز، وأذهلهم حجم الكارثة وعدم توقع فداحتها، ومنظر الجثث ورائحة الأجساد الميتة، والكرب والألم الباديين على أقارب الضحايا، ومعاناة المصابين، هذا فضلا عن الضغط الشديد للعمل، وقد قرر ٢٠٪ تقريباً من هؤلاء العاملين شعورهم بمشاعر الاكتئاب والقلق والأرق لمدة شهر تال للكارثة.

وقام «ماكفارلين» بدراسة طويلة المدى لفحص الاضطرابات النفسية الطبية لدى ٤٥٩ رجل إطفاء عملوا في إطفاء حرائق الأشجار في جنوب أستراليا عام ١٩٨٣، فاتضح أن ٢١٪ منهم يشعرون بخيالات معاودة، تتدخل في سير حياتهم بعد ٢٩ شهرا من الحريق (Ursano, Fullerton & Caughey, 1994).

٥ - جرائم العنف

قام «روبرت دافيز، ولوسي فريدمان» (Davis & Friedman, 1985) بدراسة آثار الجريمة والعنف على ٢٧٤ من ضحايا ثلاث جرائم هي: السطو على منازلهم ليلاً Burglary، والسرقة أو السلب Robbery والتهجم Assault. وأُجريت مقابلتان للضحايا: الأولى بعد بضعة أسابيع تالية للجريمة، والثانية بعد أربعة أشهر من الجريمة. وأشارت النتائج إلى أن الآثار الانفعالية للجريمة على الضحايا تتركز فيما يلي:

١ - تقلل الوجدان الإيجابي، كالسرور والرضا والحب.

٢ - تزيد الوجدان السلبي، كالقلق والاكتئاب والعدائية.

٣ - تزيد الخوف من الجريمة، وتشجع الأفراد على اتخاذ احتياطات داخل منازلهم وخارجها.

٤ - مشكلات عملية للضحية، كاضطراب الروتين اليومي، والرغبة في تغيير السكن،

والحاجة إلى المساعدة في الاستحمام وارتداء الملابس نظراً لكسر الكتف. . .

ولفحص الآثار الانفعالية التالية للصدمة طبق مقياس توازن الوجدان Affect Balance Scale (ABS) من وضع «ديروجاتس، وماير» ويتكون من قائمة صفات تشتمل على أربعين بنداً، موزعة على ثمانية أبعاد، أربعة منها للوجدان الإيجابي وهي: (١) الابتهاج أو الفرح الشديد Joy، (٢) الرضا أو الاطمئنان Contentment، (٣) النشاط Vigor، (٤) العاطفة أو الحب Affection. وأربعة للوجدان السلبي هي: (١) القلق Anxiety، (٢) الاكتئاب Depression، (٣) الذنب Guilt، (٤) العدائية Hostility. ويبين جدول (٢٤) أهم نتائج تطبيق هذا المقياس على عينة ضحايا الجريمة وعينة سوية.

جدول (٢٤): مقارنة بين المتوسطات على مقياس توازن الوجدان لعينة من ضحايا الجريمة في المقابلة الأولى ومعايير الاختبار

المقاييس الفرعية	المتوسطات		ت
	عينة الضحايا (ن = ٢٠٠)	عينة المعايير	
الوجدان الإيجابي			
١ - الابتهاج	١٠,١	١٣,١	٨,١٢**
٢ - الرضا	١٠,١	١٣,١	٩,٧٠**
٣ - النشاط	١١,٠	١٣,٧	٨,٣٦**
٤ - العاطفة	١٢,٤	١٤,١	٥,٦٧**
الوجدان السلبي			
١ - القلق	٩,٥	٧,٢	٨,٨٥**
٢ - الاكتئاب	٩,٦	٤,٧	٦,٩١**
٣ - الذنب	٥,٢	٣,٩	٥,٠٦**
٤ - العدائية	٨,٦	٥,٣	١٠,٨٩**

** كل قيم «ت» دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ أو أعلى منه (اختبار الذيلين).

وتشير النتائج الواردة في جدول (٢٤) إلى ارتفاع متوسط الضحايا في الوجدان السلبي، وانخفاضه في الوجدان الإيجابي، وذلك بالمقارنة إلى عينة المعايير.

٦ - أهم نتائج بحوث آثار الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر

يلخص «ويلسون، ورافاييل» (Wilson & Raphael, 1993, pp. 396f) نتائج أهم الدراسات عن الصدمات المرتبطة بالكوارث الطبيعية والكوارث من صنع الإنسان (انظر جدول ٢٥).

جدول (٢٥): موجز لبحوث الصدمات المرتبطة بكوارث طبيعية أو كوارث من صنع الإنسان (١٣ دراسة)

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج أو التدخلات
١ - الحوادث التكنولوجية بوجه عام	القلق الاكتئاب	تختلف معدلات اضطراب الضغوط تبعا للكارثة. معدلات تشخيص اضطراب الضغوط منخفضة ولكن مستويات الأعراض مرتفعة.
٢ - كارثة حريق الغابات في أستراليا عام ١٩٨٣	أعراض اضطراب الضغوط الاكتئاب القلق ذكريات مقتحمة اضطراب النوم	ندرة التشخيص الواحد (المفرد). معدلات مرتفعة للوفاة. انتشار العوامل قبل المرض.
٣ - المواطنون السويديون المتأثرون بالغبار الذري الناتج عن انفجار مفاعل «تشيرنوبل» في روسيا	الانشغال بالإشعاع أعراض اكتئابية	ترتبط الحالة قبل المرض بخوف منخفض من الغبار المتساقط. المواجهة تعدل إدراك الخطر.

تابع جدول (٢٥): موجز لبحوث الصدمات المرتبطة بكوارث طبيعية أو كوارث من صنع الإنسان (١٣ دراسة)

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج أو التدخلات
٤ - الناجون من انهيار سد «بافلو - كريك» في أمريكا	القلق الاكتئاب أعراض اضطراب الضغوط	٦٣٪ معدل اضطراب الضغوط (طوال الحياة). ٢٣٪ معدل اضطراب الضغوط (حاليا). يرتبط اضطراب الضغوط باضطرابات الاكتئاب والقلق العام. ١١٪ بداية مؤجلة لاضطراب الضغوط. تتنبأ مقاييس الضغوط باضطراب الضغوط.
٥ - الناجون من حريق محطة سكك حديد الأنفاق	القلق الاكتئاب أعراض اضطراب الضغوط	٦٥٪ حالات طبية نفسية تبعاً لاستخبار الصحة العامة. درجات مرتفعة على مقياس تأثير الحوادث (هوروفتز) بما يشير إلى زيادة احتمال حدوث اضطراب الضغوط.
٦ - العاملون الناجون من كارثة انفجار خط أنابيب ألفا للبترول على سطح الماء عند إنشائه في بحر الشمال عام ١٩٨٨ (نجاة ٦٢ من ٢٢٦).	أعراض اضطراب الضغوط القلق الاكتئاب الغضب الأسى عدم الثقة	وضعت خطة علاجية لمساعدة الضحايا.
٧ - الناجون من كارثة انقلاب أحد منشآت البترول وغرقها في بحر الشمال في الساحل الشمالي الشرقي لأيرلندا عام ١٩٨٠ (نجاة ٨٩ من ٢١٢)	اضطراب الضغوط القلق الاكتئاب الأسى	٣٣٪ عواقب نفسية طبية سيئة. ٤٠٪ وظائف معرفية منخفضة. ٦٧٪ رد فعل تفككي في أثناء الصدمة. تهيؤ للتفكك المنبئ باضطراب الضغوط.

تابع جدول (٢٥)

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج أو التدخلات
٨ - كارثة انقلاب العبارة الانجليزية (هيرالد أوف فري) في القناة الإنجليزية بعد مغادرة الميناء البلجيكي «زيبرونج» وعلى ظهرها ٥٤٥ مسافرا توفي منهم ١٩٣ في عام ١٩٨٧، وهذه أسوأ كارثة بحرية وقت السلم منذ غرق تيتانك عام ١٩١٢.	اضطراب الضغوط القلق الاكتئاب الأسى عدم الثقة	تطوير خطة علاجية لمساعدة الضحايا حيث تقدم منهم ٣٥٢ فرداً للعلاج.
٩ - كارثة زلزال «مياجي - أوكي» في اليابان عام ١٩٧٨، ومركزه مدينة «سينداي» وما حولها. الدراسة الأولى (ن = ٧,١٢٩). الدراسة الثانية (ن = ٥٢٥).	اهتزاز الجسم الرعشة القلق الخوف القابلية للتهيج الاكتئاب	اختفاء الأعراض خلال أسبوعين. اختلفت استجابة المرضى العقليين عن الأسوياء.
١٠ - كارثة زلزال «ينان» في الصين عام ١٩٨٨، وتأثر به حوالي نصف مليون شخص (ن = ١,٢٥٨).	القلق الاكتئاب أعراض اضطراب الضغوط	٥٠٪ اضطراب تبعا لاستخبار الصحة العامة. انتشار اضطراب الضغوط. معدلات مرتفعة للوفاة. تأثير العوامل الثقافية في عزو سبب الوفاة.
١١ - ضحايا حوادث السيارات (ن = ٧).	القلق المخاوف المرضية الاكتئاب أعراض اضطراب الضغوط	٤٣٪ معدل اضطراب الضغوط. ٥٧٪ معدل الخوف المرضي.
١٢ - ضحايا الاغتصاب.	القلق الغضب/ الغيظ الاكتئاب أعراض اضطراب الضغوط	معدلات مرتفعة لاضطراب الضغوط. معدلات مرتفعة للاكتئاب.
١٣ - ضحايا الإيدز المصابين بعدوى HIV (ن = ٣٥).	القلق الخوف الاغتراب الشعور بوصمة العار أعراض اضطراب الضغوط الاكتئاب	٥٠٪ اضطراب تبعاً لاستخبار الصحة العامة. انتشار اضطراب الضغوط.

عن: (Wilson & Raphael, 1993).

* * *

الفصل الثاني عشر
نماذج من الكوارث الطبيعية

تمهيد

١ - أعداد الكوارث الطبيعية وتوزيعها.

٢ - انهيار سد مدينة «بافلو - كريك».
أربع عشرة سنة من التتبع.

٣ - ثورة بركان قمة جبل «سانت هيلين».

٤ - معدلات اضطراب الضغوط في الكوارث الطبيعية.

٥ - آثار التعرض للكوارث الطبيعية.

الفصل الثاني عشر
نماذج من الكوارث الطبيعية

تمهيد

نعرض في هذا الفصل نماذج للكوارث الطبيعية، مع بيان أهم آثارها نتيجة لعدد من البحوث، ومعدلات تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الكوارث الطبيعية، وأخيراً: بيان آثار التعرض لهذه الكوارث. ونبدأ بمعدلات حدوثها.

١ - أعداد الكوارث الطبيعية وتوزيعها

أفادت التقارير حدوث ما يقرب من (٨٠٠٠) ثمانية آلاف كارثة طبيعية على نطاق العالم بين عامي ١٩٦٧، و١٩٩١، وقتلت هذه الحوادث أكثر من ثلاثة ملايين شخص، وأثرت تأثيرات سيئة على ما يقرب من (٨٠٠) ثمانمائة مليون شخص، ونتج عنها أضرار اقتصادية مباشرة تقدر بثلاثة وعشرين بليوناً من الدولارات. وتكبدت أكثر الوفيات خلال هذه الفترة، الدول الأكثر فقراً، وذات العدد الأكبر من السكان، فحدثت ٨٦٪ من الكوارث في الدول النامية، واستأثرت هذه الدول بـ ٧٨٪ من كل الوفيات. وتقدر الأعداد الحقيقية التي قُتلت من جراء هذه الكوارث في الدول النامية بأنها أعلى بمقدار ثلاث أو أربع مرات تقريباً عدد القتلى في الدول المتقدمة كما تُبين إحصاءات هيئة الصحة العالمية WHO (Meichenbaum, 1994, p.24).

نموذجان للكوارث الطبيعية

الكوارث الطبيعية مسببات للصدمة، ولا دخل للإنسان غالبا في حدوثها، ولا يستطيع تجنبها. ونعرض فيما يلي لنموذجين للكوارث الطبيعية وهما انهيار سد مدينة «بافلو كريك»، وثورة بركان جبل «سانت هيلين».

٢ - انهيار سد مدينة «بافلو كريك»

في ٢٦ فبراير عام ١٩٧٢ حدث انهيار في سد مدينة «بافلو كريك» Buffalo Creek في غرب فرجينيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وتسبب هذا الانهيار في تسرب (١٣٢) مليون جالون من الخبث الأسود والطين والماء، وقد تسربت إلى أسفل السد من أرض الوادي، وكانت المياه المندفعة على شكل دوامات، وحَمَلت هذه المياه معها البيوت والمقطورات والجسور والآدميين. وقتلت الكارثة (١٢٥) شخصاً، وجرحت مئات غيرهم، وتركت آلافاً دون مسكن أو مأوى. . .، وغير ذلك من أضرار كثيرة.

ومن بين ما تسبب فيه انهيار هذا السد وما نجم عنه من فيضان، الأضرار النفسية لكثير ممن كتب لهم البقاء، ومن ثم فقد لقيت هذه المأساة اهتماماً متزايداً من الباحثين في علم النفس، بما في ذلك تجربة طبيعية شاملة نفذتها «جولدن جليسر» وصحبها عام ١٩٨١ (Gleser, Green & Winget, 1981).

قامت «جليسر» وصحبها - اعتماداً على التقارير والدراسات الإكلينيكية لكوارث أخرى - بتكوين عدة توقعات عن الآثار النفسية التي يمكن أن تكون لدى من بقي على قيد الحياة. فقد توقعوا - على سبيل المثال - أن من بقوا على قيد الحياة يكشفون عن مستويات مَرَضية من القلق والاكتئاب واضطرابات النوم، نتيجة لهذه المحنة Ordeal. وقد جُمعت بيانات مستفيضة من ٣٨١ ممن بقوا على قيد الحياة عن طريق المقابلات الشخصية وقوائم التقرير الذاتي والمسح والفحوص الطبية، وطُبقت هذه الأدوات والفحوص جميعها بعد ثمانية عشر شهراً تقريباً من الفيضان أو الكارثة.

وأكدت نتائج «جليسر» وصحبها توقعاتهم، فقد حصل من بقوا على قيد الحياة بعد الكارثة على درجات أعلى بمستوى جوهري إحصائياً في مقاييس كل من القلق والاكتئاب، وذلك بالمقارنة إلى مجموعة ضابطة من الأشخاص الذين عاشوا في مكان آخر، وفي الحقيقة فإن درجات القلق والاكتئاب التي حصل عليها مَن

بقوا على قيد الحياة بعد الكارثة كانت هي ذاتها تقريبا كدرجات المرضى الذين كانوا يعالجون من القلق والاكتئاب في عيادتين من عيادات الصحة النفسية في مناطق أخرى من الولايات المتحدة، كما أن من بقوا على قيد الحياة بعد الكارثة كانت لديهم اضطرابات في النوم أكثر من المجموعة الضابطة، وذلك كما ظهر في متغيرات ثلاثة هي: صعوبة الاستغراق في النوم، وصعوبة الاستمرار فيه، والكوابيس، وقد وجد الباحثون أن أكبر درجة من الضرر النفسي كانت لدى من بقوا على قيد الحياة الذين كانوا - في أثناء الكارثة - قاب قوسين أو أدنى من الموت، ولدى أولئك الذين فقدوا في هذا الفيضان عضواً من أعضاء الأسرة أو صديقاً. وأخيراً كشفت الدراسة أن هناك مزيداً من الاضطرابات النفسية الشديدة لدى الأطفال الأكبر عمراً بالمقارنة إلى الأطفال قبل سن المدرسة، وذلك بين من بقوا على قيد الحياة (Comer, 1992, p.82).

وتتضح آثار هذه الكارثة والأعراض المتبقية منها والناجمة عنها في تعليق هذا الشخص الذي بقي على قيد الحياة بعد الكارثة:

«أَستَمِعُ إلى الأخبار، وإذا كان هناك تحذير بوقوع عاصفة، فلماذا أذهب إلى السرير هذه الليلة، فأتوقف، وأُخبر زوجتي: لا تخلعي ملابس بناتنا الصغار، بل اتركيهم ينامون كما هم، واذهبي إلى السرير ونامي، وعندئذ فإذا رأيتُ أي شيء على وشك الحدوث فإنني سأوقظكم، ويكون أمامنا فسحة من الوقت للخروج من المنزل، أما أنا فلن أذهب إلى السرير، وسأظل متيقظاً».

«لقد أصبحت أعصابي مُشْكِلَةً، ففي كل مرة تمطر الدنيا أو تهب عاصفة فإنني لا أستطيع تحملها، وأسير على الأرض جيئة وذهاباً، وأُصبح عصبياً جداً حتى إنني أخشى أن أتحطم أو أُصبح متهوراً، وأتعاطى أدوية الآن لتهدئة هذه الحالة».

«إن ما مَرّ بي وشاهدته في فيضان «بافلو كريك» كان السبب

في مشكلتي، إن الأمر كله يحدث لي مرة ثانية في أحلامي عندما آوي إلى فراشي بالليل، وتجدني في أحلامي أجري خوفا من الماء طوال الوقت، كما يتكرر الأمر كله بدقة في أحلامي مرات ومرات» .(Comer, 1992, p.82f)

أربع عشرة سنة من التتبع:

هدفت دراسة كل من: «جريس، وجرين، ولندي، ولينورد» (Grace, Green, Lindy & Leonard, 1993) إلى تتبع الناجين من هذه الكارثة بعد أربعة عشر عاماً من حدوثها، وكان ذلك عن طريق المقابلة الشخصية التي قام بها سبع نساء وأربعة رجال مُدَربين. وتمثلت العينة الأصلية في ٣٨١ فرداً، أجريت الدراسة التتبعية بعد أربعة عشر عاماً على ١٢١ فرداً راشداً منهم. وطبق على هؤلاء المتطوعين أدوات التقويم الآتية:

١ - مقابلة إكلينيكية محددة معتمدة على الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث Structured Clinical Interview for DSM - III (SCID)، بما فيها اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٢ - استبانة التقويم الطبي النفسي Psychiatric Evaluation Form (PEF)، وتتكون من تسعة عشر مقياس تقدير إكلينيكياً لمختلف الأعراض مثل: القلق، والاكتئاب، والأفكار الانتحارية، ومشاعر العظمة... وغيرها.

٣ - قائمة الأعراض - ٩٠ المعدلة Symptom Check List - 90 - R (SCL - 90 - R)، وهي قائمة تقدير ذاتي للأعراض، من وضع «ديروجاتس» Derogatis.

٤ - مقياس تأثير الأحداث Impact of Events Scale (IES) من وضع «هوروفتز» Horowitz وصحبه، ويشتمل على خمس عشرة عبارة تقسم إلى مقياسين فرعيين: الإقحام Intrusion والتجنب Avoidance.

٥ - مقاييس الضغوط الناتجة عن الفيضان، وتتضمن تقديرات لمختلف جوانب الخبرات الضاغطة على الفرد في أثناء انهيار السد.

والسؤال المهم الذي وجهه القائمون على هذه الدراسة كما يلي:

هل تتناقص الآثار النفسية الناجمة عن هذا الحادث الصدمي (انهيار السد وما تلاه من فيضان) أو تظل كما هي بمرور الوقت؟ وقد اهتم هؤلاء الباحثون بتتبع التاريخ الطبيعي لاستجابات الباقين على قيد الحياة للضغوط التي نجمت عن هذا الحادث (الفيضان) في العقد الثاني بعد مروره، وعلى وجه التحديد بعد مرور أربعة عشر عاماً على حدوثه، مع التركيز على الثبات أو التغير في الدراسة الطولية Longitudinal.

ويتوافر دليل من الدراسات السابقة على أن التاريخ الطبيعي لردود الأفعال تجاه الضغوط في السنين القليلة الأولى يتضمن ميلاً لمعظم الأعراض إلى التناقص عبر الزمن. ومع ذلك فليست كل الأعراض تتناقص عبر هذا الزمن لكل المجموعات الباقية على قيد الحياة، وهناك تساؤل عما إذا كانت الأعراض التي تتزايد عبر فترة قصيرة من الزمن يمكن أن يُتوقع لها أن تتناقص فيما بعد، ويمكن أن تجيبنا الدراسة التتبعية على مجموعات الناجين عن بعض هذه الأسئلة، وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك تغيرات جوهرية خلال فترة الأربعة عشر عاماً في اتجاه تناقص الأعراض في كل الحالات.

فقد تناقص معدل الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة من ٤٤٪ من أفراد العينة في عام ١٩٧٤ إلى ٢٨٪ من أفراد العينة في عام ١٩٨٦، وكان تناقص معدل الإصابة لدى الإناث أعلى من الذكور. ولكن أمكن تحديد مجموعة من أفراد العينة من أصحاب اضطراب الضغوط التالية للصدمة المؤجل Delayed PTSD، وهم من لم يظهر عليهم الاضطراب عام ١٩٧٤، ولكنهم حققوا المحكات التشخيصية للاضطراب في عام ١٩٨٦، وبلغ حجم هذه المجموعة ١١٪.

ويخلص الباحثون من هذه الدراسة التتبعية التي استمرت أربعة عشر عاماً إلى أن هناك تناقصاً تدريجياً في الاضطراب النفسي وفي أعراض الضيق والألم، كما أن

هناك تحسناً لدى الناجين من هذه الكارثة التي صنعها البشر في قيامهم بوظائفهم في الحياة عبر هذه الفترة الزمنية، ولكن هذه الدراسة تمدنا أيضاً بدليل على استمرار قدر معين من الاضطراب النفسي المرتبط بالصدمة في العقد الثاني بعد حدوثها لدى بعض الناجين من هذه الكارثة، ويعني ذلك أنه لم يكن من السهل لدى جميع الناجين أن يطرحوا هذه الخبرة الصدمية وراء ظهورهم.

ويقارن الباحثون بين دراسات أخرى سابقة، فيذكرون أن أسرى الحرب POW الناجين من الحرب العالمية الثانية قد كشفوا عن معدلات مرتفعة من اضطراب الضغوط التالية للصدمة (٣٢٪ منهم بمستوى متوسط أو مرتفع) خلال أربعين عاماً بعد خبرتهم في الحرب. وقد أجريت دراسات عدة منذ أوائل الثمانينيات على الآثار النفسية طويلة المدى لحرب فيتنام التي توقفت عام ١٩٧٥، وبينت أن الجنود الذين حاربوا أظهروا بشكل متكرر أن لديهم عدداً أكبر من المشكلات النفسية بالمقارنة إلى أقرانهم الذين لم يشهدوا القتال (Grace *et al.*, 1993).

٣ - ثورة بركان قمة جبل «سانت هيلين»

في ١٨ مايو عام ١٩٨٠ ثار بركان قمة جبل «سانت هيلين» St. Helen بالقرب من واشنطن في الولايات المتحدة الأمريكية، ونجم عن ذلك قتل عديد من السكان في هذه المنطقة، وتسببت قوة الانفجار وفيض الحمم البركانية في تدمير النباتات والحياة البرية عبر أميال وأميال، وبالإضافة إلى ذلك فإن البركان أرسل أطناناً من الرماد والخرائب والأنقاض إلى مسافات بعيدة، وكان الرماد المتساقط على كثير من المدن كثيفاً جداً إلى درجة حَجَبَ فيها الشمس، تاركاً السكان في ظلام دامس، وأمدت ثورة بركان جبل «سانت هيلين» والأشخاص الذين تأثروا به، بمجال طبيعي لدراسة ردود الفعل تجاه الضغوط الناتجة عن أحداث الكوارث (Sue *et al.*, 1990, p.130).

وقد قام باحثان هما «آدمز، وآدمز» (Adams & Adams, 1984) بدراسة ميدانية للكارثة، وذلك لتقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأكدت دراساتهما بوجه عام الاعتقاد بأن الضغوط الشديدة يمكن أن ينجم عنها اضطرابات نفسية، ووجه الباحثان سؤالين هما:

أ - هل تتسبب مثل هذه الضغوط في اضطرابات نفسية طويلة الأمد لدى الأشخاص الأسوياء نسبياً؟

ب - هل تختفي الأعراض بسرعة كما تختفي المسببات البيئية للضغوط؟

وكشفت دراسة «آدمز، وآدمز» عن النتائج الواردة في جدول (٢٦).

جدول (٢٦): النسبة المئوية لزيادة الأمراض بعد كارثة بركان «سانت هيلين»

الاضطراب أو المرض	نسبة الزيادة
حالات المرض العقلي	٪٢٣٦
الأمراض النفسية الجسمية	٪٢١٩
الأمراض التي تُسبِّب الضغوط تفاقهما	٪١٩٨

واستنتج الباحثان أن كارثة من هذا النوع قد زادت من معدلات كل من: الأمراض العضوية والنفسية الجسمية، والمشكلات المرتبطة بتعاطي الكحول، والعدوان والعنف، والضغوط الواقعة على الأسرة.

وقسم الباحثان السلوك الملاحَظ إلى خمسة أقسام، وحددا تعريفات إجرائية لكل منها كما يبين جدول (٢٧).

جدول (٢٧): أنواع السلوك التالي للصدمة أو عواقبه ومتعلقاته والتعريف الإجرائي له في كارثة بركان جبل «سانت هيلين»

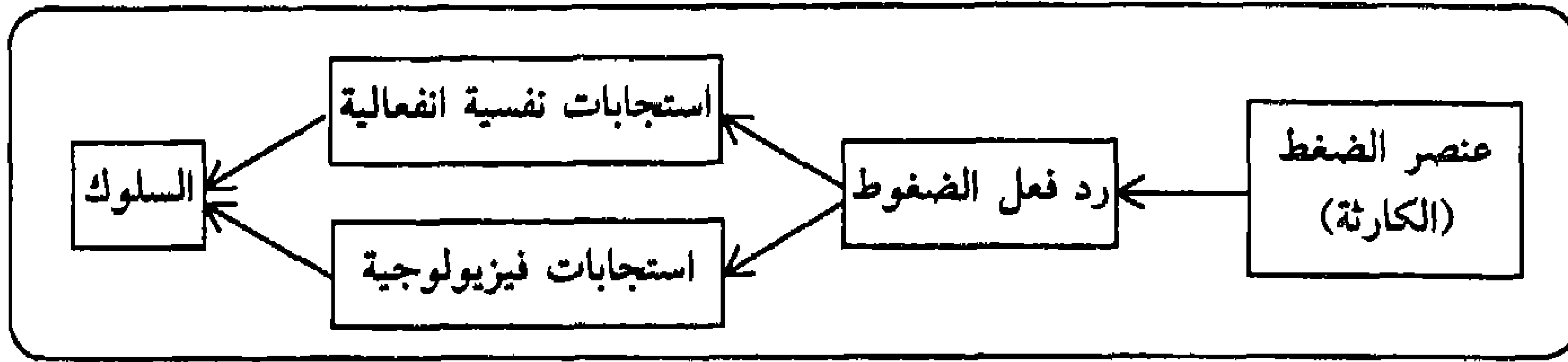
أنواع السلوك/ عواقبه	التعريفات الإجرائية
- زيادة القابلية للإصابة بالأمراض والتكرار المرتفع للأمراض النفسية الجسمية والأمراض التي تجعلها الضغوط تتفاقم.	- العدد الكلي لحالات المرضى التي اتصلت بالعيادات الطبية، دخول حجرات الطوارئ في المستشفيات، المشكلات النفسية الجسمية التي تم تشخيصها، مغادرة المستخدمين لأعمالهم نتيجة المرض، استهلاك أيام الإجازات، متوسط إحصاء المرضى في المستشفيات، معدل الوفاة، الغياب عن العمل، تشخيصات الأمراض التي تجعلها الضغوط تتفاقم، تشخيصات المرض العقلي.
- المشكلات الزواجية والأسرية	- معدلات الطلاق، الفحوص الخاصة بالإساءة إلى الأطفال، عدد مكالمات التليفون التي تطلب الشرطة نتيجة العنف المنزلي، الإحالات إلى محاكم الأحداث.
- سوء استخدام الكحول	- الحالات التي التحقت ببرامج المجتمع لعلاج الإدمان على الكحول، المخالفات التي حُررت نتيجة لقيادة السيارة في حالة سكر، الدعوى للمثول أمام القضاء بسبب قيادة السيارة في أثناء حالة السكر، معدل حوادث السيارات، اختبارات تحليل النَّفَس (الشهيق والزفير) الذي تقوم به الشرطة للكشف عن حالة السكر.
- العدوان والعنف	- عدد حالات استدعاء الشرطة، الحجز الجنائي، حالات الإجرام في المحكمة العليا.
- مشكلات التكيف	- حالات الفحص الطبي النفسي المودعة في المستشفى، عدد الحالات في المحكمة العليا ومحكمة الولاية، عدد المواعيد في مجال الصحة النفسية، عدد المكالمات النفسية في خط الكوارث.

وقد وضع الباحثان نموذجاً لمفاهيم البحث تبعاً لنظرية مؤداها أن الضواغط Stressors (وهي هنا كارثة جبل سانت هيلين) تؤدي إلى ردود الأفعال تجاه الضغوط، وتشتمل على جانبين هما:

أ - ما يرتبط بالاستجابات الفيزيولوجية.

ب - ما يتعلق بالاستجابات النفسية الانفعالية.

ويرى الباحثان أن كلا النوعين من الاستجابات يكشف عن نفسه من خلال السلوك الظاهر (انظر شكل ١٢).



شكل (١٢): تأثير الكارثة على سلوك الإنسان

وقد أتاحت هذه الكارثة: ثورة بركان قمة جبل «سانت هيلين» فرصة نادرة لدراسة تأثير الكارثة أو الصدمة على الاستجابات الانفعالية والفيزيولوجية للإنسان، والتي تظهر على سلوكه الملاحَظ، حيث دُرس هذا الارتباط أو الأثر في مجاله الأصلي أو موضعه الطبيعي In situ.

٤ - معدلات اضطراب الضغوط في الكوارث الطبيعية

هناك اختلاف كبير في معدلات اضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعاً لاختلاف الدراسات (انظر الفصل الرابع)، وتتراوح هذه المعدلات بين ٢,٣٪ و١٠٠٪ كما يتضح من جدول (٢٨). ويرجع ذلك إلى حد بعيد إلى طرق التشخيص المستخدمة، فإن الدراسات التي استخدمت «قائمة المقابلة التشخيصية» DIS قد أوردت معدلات منخفضة لاضطراب الضغوط بوجه عام، بالمقارنة إلى الدراسات التي استخدمت طرقا لجمع البيانات أقل تحديداً ودقة. ويلاحظ أن

الكوارث ذات الطبيعة التكنولوجية (من صنع البشر) ترتبط عامة بمعدلات مرتفعة لاضطراب الضغوط، وذلك بالمقارنة إلى الكوارث الطبيعية.

ومن الممكن كذلك أن تَرجع هذه الفروق في معدلات تشخيص اضطراب الضغوط إلى عوامل أخرى مثل: نوع الكارثة وشدتها، ودرجة الرعب أو الهلع المتضمنة في ردود أفعال الأفراد في أثنائها، والعوامل النفسية المهيِّئة لدى الأفراد قبل الكارثة (خصائص شخصياتهم وظروفهم الاجتماعية)، والدعم الاجتماعي بعد الكارثة، وذلك فضلاً عن الفروق المنهجية بين الدراسات (Smith & North, 1993).

جدول (٢٨): معدلات الإصابة باضطراب الضغوط في عدد من الكوارث الطبيعية ومقارنتها إلى الكوارث التي هي من صنع البشر

المؤلفون	السنة	الحادث	معدلات حدوث الاضطراب
أولاً: الكوارث الطبيعية			
فيرلي	١٩٨٤	إعصار	٨٪
ماكفارلين	١٩٨٦	حريق غابات	٥٣٪
شور، وصحبه	١٩٨٦	بركان	٢,٣٪
سميث وصحبها	١٩٨٦	فيضانات وغازات سامة	٤-٧٪
كونيار وصحبه	١٩٨٧	زلزال	٣٢٪
كانينو	١٩٨٩	مطر هتون (مدرار) وكتل الطين المنزلق	٣,٧٪
جرين وصحبها	١٩٨٩	فيضان ناتج عن انهيار سد	٤٤٪ (من ١٨-٢٦ شهرا) ٢٨٪ بعد ١٤ عاما
نورث وصحبها	١٩٨٩	إعصار	٢,٣٪
سميث	١٩٨٩	فيضانات وغازات سامة	٤-٨٪
ستاينجلاس، وجريتي	١٩٨٩	إعصار	٢١٪ (في ١٦ شهرا)
ستاينجلاس، وجريتي	١٩٨٩	فيضان	١٤,٥٪ (في ٤ شهور) ٤,٥٪ (في ١٦ شهرا)
ثانيا: الكوارث من صنع البشر			
نيومان، وفورمان	١٩٨٧	تحطم طائرة في مركز تجاري للتسوق	٥٠-١٠٠٪
سلون	١٩٨٨	تحطم طائرة عند هبوطها	٥٤٪
سميث وصحبها	١٩٨٩	تحطم طائرة في فندق	٢٩٪

عن: (Smith & North, 1993, p.412).

٥ - آثار التعرض للكوارث الطبيعية

تتعدد الكوارث الطبيعية كما أسلفنا، وقد قدمنا نماذج محددة لها. ويبقى أن نجيب عن سؤال مهم مؤداه: ما آثار التعرض لمثل هذه الكوارث على الفرد والمجتمع؟

تكشف الدراسات المتعددة على أنواع مختلفة من الكوارث الطبيعية أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية في المجتمع الذي تأثر بهذه الكوارث سوف يتزايد بمقدار ٢٠٪. فقد بيَّن استعراض لآثار (٥٢) كارثة في إحدى الدراسات تزايد انتشار الاضطرابات النفسية بمقدار ١٧٪ بالمقارنة إلى مجموعات ضابطة، أو بالمقارنة إلى مستويات الاضطرابات النفسية قبل الكارثة.

وسوف تُطوِّر نسبة لا بأس بها من هؤلاء الأفراد (أي نسبة الـ ٢٠٪) مزيداً من الأعراض المرتبطة بالضغوط عبر مدى واسع مثل الاكتئاب والهلع والقلق العام، والتي يمكن أن توجد في الوقت ذاته مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وسوف يحدث لدى ٣٠٪ تقريبا من الأفراد المصابين باضطراب الضغوط في الوقت ذاته سوء استخدام للكحول أو المواد ذات الآثار النفسية. كما لوحظ أن التداخل كبير بين اضطراب الضغوط والاكتئاب في العينة الإكلينيكية أكثر من العينات المستمدة من المجتمع كله، وقد لوحظ أن نسبة ٢٠٪ تقريبا من الجمهور العام يعانون من شكل أو آخر من الاضطراب النفسي قبل التعرض للحادث الصدمي، وهذه النسبة من الأفراد بوجه خاص مهيأة لتأثير الحوادث الصدمية.

ويورد «ميشينباوم» (Meichenbaum, 1994, pp.24-25) أهم آثار التعرض للكوارث الطبيعية فيما يلي:

أ - سوف يصاب ٧٥٪ من أي مجتمع يضم ضحايا كارثة طبيعية - في بداية التعرض لها - بالدوار والدوخة والذهول والارتباك والحيرة، ويكشفون في البداية عن أعراض كثيرة منها على سبيل المثال: غيبة الانفعال، وكف النشاط، وعدم الحسم، والخوف. ويمكن أن تستمر هذه الأعراض مدة

تتراوح بين دقائق وساعات قبل أن تفسح المجال للتعبير الانفعالي الذي يمكن أن يكون عميقاً.

ب - تغطي الاستجابات الطبيعية مدى واسعاً من الأعراض منها: الخوف والمخاوف الشاذة والقلق والاكتئاب والأسى والذنب والغضب والأعراض الجسمية والمشكلات في العلاقات المتبادلة بين الأشخاص (الحوارية) فضلاً عن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

جـ - سوف تظل نسبة تتراوح بين ١٢٪، و٢٥٪ من السكان الذين تأثروا بالكارثة بشكل مباشر تتسم بالهدوء والتماسك خلال الكارثة، وسوف يكونون فعالين متوترين مستثارين.

د - ستكشف نسبة تتراوح بين ١٠٪، و٢٥٪ أعراض العجز Impairment مثل عدم التوجه المستمر، والثبات أو عدم الحركة، والخَدَر (نقص الإحساس)، والشعور بأنهم غير متحكمين في أنفسهم. وتتبدد هذه الأعراض عادة خلال ستة أسابيع، كما تتبدد كثير من الآثار القوية التي ظهرت بعد الكارثة في الأسبوع السادس.

هـ - يُشفى ٥٠٪ ممن تأثروا في البداية باضطراب الضغوط بعد ثلاثة أشهر، ويتوافقون على الرغم من جوانب القلق لديهم. ومن بين الـ ٥٠٪ من الأشخاص الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الضيق النفسي سوف تصدر عن نصفهم استجابات سوية خلال عام واحد. وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابة الأولى للحوادث الصدمية تنبئ غالباً بتوافق الفرد في المستقبل.

و - أكثر الأنواع الثلاثة انتشاراً من الاضطرابات التي يمكن تشخيصها لدى الراشدين بعد الكارثة هي: القلق والاكتئاب واضطراب الضغوط. ويتزايد احتمال حدوث اضطراب الضغوط في الكوارث ذات البداية الفجائية وتلك التي تهدد الحياة تهديداً شديداً، ولكن اضطراب الضغوط أقل احتمالا في حدوثه من القلق والاكتئاب بعد الكوارث التكنولوجية.

ز - تتراوح معدلات الإصابة باضطراب الضغوط لدى الأطفال المعرضين للكوارث الطبيعية بين ٥٪، و٣٩٪، وذلك عبر فترة تتراوح بين أسبوع وعامين تقريباً، ولكن الاستثناء لهذا المعدل دراسة الأطفال الذين كانوا في مركز الزلزال في مدينة «أرمينيا»، حيث شُخِّصَ ٩١٪ منهم باضطراب الضغوط، وذلك بالمقارنة إلى الأطفال الذين كانوا يقطنون في أماكن أكثر بعداً، فكان المعدل بينهم ٣٧٪. واستمر هذا المعدل المرتفع للإصابة باضطراب الضغوط لمدة عام تم تتبع الأطفال خلاله (Meichenbaum, 1994, pp.24-25).

* * *

الفصل الثالث عشر

الاغتصاب

تمهيد

١ - مدخل عام وتعريف.

٢ - تاريخ الاغتصاب.

٣ - معدلات الانتشار.

٤ - أهم التفسيرات الخاطئة الشائعة عن الاغتصاب.

٥ - العلاقة بين الضحية والمجرم قبل الجريمة.

٦ - جريمة الاغتصاب.

٧ - دوافع المجرم وشخصيته.

٨ - آثار الجريمة على الضحية.

٩ - الاغتصاب وعوامل الخطر للإصابة باضطراب الضغوط.

١٠ - تأثير الفن الإباحي والكتابات الداعرة.

١١ - الاغتصاب والحرب.

الفصل الثالث عشر

الاغتصاب

تمهيد

تتعرض الإناث بوجه خاص لجرائم محددة أهمها: الاغتصاب والضرب وغشيان (جماع) المحارم (Frieze, 1987). ونعرض في هذا الفصل لنموذج من أبرز النماذج التي تتسبب في إصابة مجموعة كبيرة من الإناث باضطراب الضغوط التالية للصدمة وهو الاغتصاب، فنقدم تعريفه، ونبذة تاريخية عنه، ومعدلات انتشاره، مع توضيح بعض التفسيرات الخاطئة عن الاغتصاب لكل من الضحية والمجرم، والعلاقة بينهما قبل الجريمة، وخصائص المجرم ودوافعه وشخصيته، وآثار الجريمة على الضحية، والضغوط التي تواجهها المرأة بعد إتمام الجريمة، والاغتصاب بوصفه عامل خطورة مرتفع للإصابة باضطراب الضغوط، وتأثير الفن الإباحي في حدوثه، والعلاقة الوثيقة بين الاغتصاب والحرب.

١ - مدخل عام وتعريف

الاغتصاب Rape جريمة وفعل مضاد للمجتمع، ينظر إليه الضحية والمجتمع بمزيد من الاشمئزاز والغضب، ومن نافلة القول أن نذكر أنه حادث صدمي مفزع ومروع، ولذا فإنه يُعَدُّ من بين أهم مسببات الضغوط التالية للصدمة، كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، والثالث المعدل والرابع. ويعرَّف بأنه «الحصول على إشباع جنسي من طرف آخر غير مرحب بذلك وغير موافق عليه، فيتم بالقسر والإكراه، ويرتبط بالعنف» (Davison & Neale, 1990, p.336). كما يعرَّف الاغتصاب بأنه: «جماع شهواني (جنسي) بأنثى عن طريق القوة وضد رغبتها» (Green, 1988, p.6).

والاغتصاب من الجرائم القليلة التي تعد مدمرة - جسميا ونفسيا - للضحية. وتتعرض ضحايا الاغتصاب لسلسلة مرعبة من التهديد والإكراه والوحشية، وأكثر ما تقرره الضحايا خلال الاعتداء: الخوف من الموت، فهن

يقررن حدوثه - بشكل ثابت - بوصفه مشاعر أساسية. والاغتصاب أكثر من مجرد فعل جنسي، إنه إهانة شاملة وعنيفة للجسم والنفس. والشخص الذي عانى من هذه الخبرة الفظيعة ونجا منها، يتركه هذا الحادث ولديه مجموعة من المشكلات والحاجات الخاصة جداً. ويعد الاعتداء الجنسي في العقدين الأخيرين أكثر جرائم العنف التي تتزايد بسرعة في أمريكا، وفي الوقت نفسه فإن هذه الجريمة تُعَدُّ أكثر جرائم العنف التي يقل الإبلاغ عنها (Green, 1988, p.1).

٢ - تاريخ الاغتصاب

نبعت كلمة «الاغتصاب» Rape من الكلمة اللاتينية rapere وتعني الأخذ بالقوة. ومنذ عصور ما قبل التاريخ كانت النساء لديهن مسوغ كاف للخوف من تهديد الاغتصاب، وقد اعتُبرت النساء عبر القرون مجرد عبيد أو ملك منقول كالأثاث، معرضات لأن يبعن ويشترين ويقايض بهن أو يراهن بهن. وكان الزواج عن طريق الخطف طريقة مقبولة للحصول على المرأة، واستمر ذلك زمنا طويلا، ثم وُضعت قيود أخلاقية على هذا النشاط، وقد ظهر ذلك لأول مرة في القانون البابليوني القديم، حيث كان يُسمح بأسر النساء فقط من خارج القبيلة. وإذا كانت المرأة المرغوبة من داخل القبيلة فلابد من دفع مقابل مناسب لها في سبيل امتلاكها قانونياً.

وربما كان قانون «حمورابي» أشهر القوانين التي ترجع إلى ألفي عام تقريبا قبل ميلاد المسيح، وينص على أنه ليس للمرأة مكانة مستقلة، فإذا كانت عذراء تُنسب إلى بيت والدها وإذا كانت متزوجة تُنسب إلى بيت زوجها. وتبعاً لهذا القانون فإذا اغتصبت العذراء تكون غير مذنبة ويُقتل المغتصب، أما إذا اغتُصبت الزوجة فإنه يُفترض أنها تشارك في الذنب مع المغتصب، فيوثقان معا، ويلقى بهما إلى النهر، ويُعطى للزوج عندئذ الحق في إنقاذ زوجته أو في تركها تغرق عقاباً على جريمتها.

وقد وَضَعَ هذا القانون - من ناحية أولى - أول الخطوط القانونية الهادية والعقاب لجريمة الاغتصاب، ووضع - من ناحية أخرى - أساس أول فكرة عن

الاغتصاب، والتي استمرت وبقيت بشكل عنيد حتى اليوم، ومؤداها أن الضحية - بطريقة ما أو إلى حد معين - تعد مشاركة ومرحبة بالجريمة.

ولقد شاع في العصور الوسطى لدى الرجال الطموحين سرقة المرأة التي ترث ثروة ضخمة عن طريق خطفها والزواج منها، وذلك حتى يكسب هؤلاء الرجال الملكية التي بحوزتها. واتساقاً مع الفكرة القديمة من أن النساء يُعتبرن ملكية، فإن الإناث وقت الحروب كن يوضعن في عداد الغنائم (Green, 1988, pp.5-6).

٣ - معدلات الانتشار

من المتوقع بطبيعة الحال أن تكون كل إحصاءات الاغتصاب في كل بلاد العالم غير دقيقة، فالفجوة كبيرة بين عدد الحالات المُبَلَّغ عنها لدى الشرطة وعدد الحالات الحقيقية التي حدثت، وإن الامتهان والإذلال والعار في الاغتصاب يمنع كثيراً من الإناث من الإبلاغ عنه، ولذا فإن معدل الانتشار الفعلي لهذه الجريمة أكثر بكثير من التقارير المنشورة. وتشير التقديرات الأمريكية المعتمدة على المسح أن كل امرأة من أربع معرضة للاغتصاب في وقت ما خلال حياتها (Sue *et al.*, 1990, p.303). وقد حُددت حالات الاغتصاب المُبَلَّغ عنها خلال عام ١٩٩١ في الولايات المتحدة الأمريكية بأنها أكثر من (١٠٠,٠٠٠) ضحية تذهب إلى أقسام الشرطة كل عام. ويُفترض أنه مقابل كل ضحية تُبلغ الشرطة هناك عشرون ضحية لا تبلغ عن الجريمة المقترفة ضدها، والملاحظ أن تقارير الاغتصاب ارتفعت بمقدار أربع مرات عن المعدل العام للجرائم خلال الثمانينيات (Comer, 1992, p.217). وتورد بعض البحوث أن ١٠٪ فقط من جرائم الاغتصاب تسجل وتبلغ عنها السلطات (Green, 1988, p.6).

وتذكر «كلباتريك» وصحبها (Kilpatrick, Veronen & Best, 1985) أن التقديرات المنشورة لمعدلات حدوث الاغتصاب ليست دقيقة لأن الغالبية العظمى من الضحايا لا تذهب إلى الشرطة للشكوى، ولا تتلقى علاجاً طبياً في

المستشفيات، ولا تبحث عن المساعدة من مراكز رعاية ضحايا الاغتصاب. ويتفق معظم المتخصصين أن طريقة المسح Survey هي أفضل طريقة لتقدير معدلات الحدوث والانتشار لمعظم الجرائم ومنها الاغتصاب. ويتمثل هذا المسح في إجراء مقابلة لعينة من الجمهور العام أو المجتمع بخصوص الخبرات التي مروا بها وأدت إلى أن أصبحوا ضحايا، ويتم سؤال الشخص الذي يقرر مثل هذه الخبرة أسئلة تفصيلية عن الجريمة، ويعتمد على ذلك بيان معدلات الانتشار والحدوث، ومع ذلك فإن طريقة المسح أيضا لا تتوصل إلى كل الحالات وتحددها.

وفي دراسات أحدث تتراوح تقديرات الاغتصاب بين ٥٪ و٢٢٪ للإناث الراشدات، ويزداد احتمال اغتصاب المرأة الأمريكية بمقدار ست مرات عن المرأة الأوروبية (ويزداد الاحتمال بمقدار عشرين مرة عن المرأة البرتغالية، وخمس عشرة مرة عن اليابانية، وثلاثة وعشرين مرة عن الإيطالية، و٤٦ مرة عن اليونانية). وعلى سبيل المثال فإن عدد حالات الاغتصاب المبلغ عنها في الولايات المتحدة ٣٥,٧ في كل مائة ألف من النساء مقابل ٥,٤ في كل مائة ألف في أوروبا.

وتشير الإحصاءات إلى أن ١٢,١ مليون امرأة أمريكية راشدة قد اغتُصبت بالعنف خلال حياتها، وأن ٣٩٪ من هذا العدد قد اغتُصب أكثر من مرة. وقد خبرت الاغتصاب أنثى من أربع إناث في وقت ما من حياتهن. وكل ست دقائق تُغتصب امرأة في الولايات المتحدة.

وكشفت أحدث الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة في المجتمع أن ٦٨٠,٠٠٠ امرأة راشدة تقريباً قد اغتصبن خلال فترة قوامها عام واحد في الولايات المتحدة، وأن ٥٧٪ منهن طورن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة في وقت ما من حياتهن. ويزداد معدل الاغتصاب بين من لا بيت لهن، كما يرتفع المعدل في المناطق الحضرية أكثر من الريفية.

وتمثل ضحايا الاغتصاب أكبر مجموعة تعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وعلى الرغم من أن الحوادث الصدمية تؤدي بوجه عام إلى اضطراب الضغوط

فيما يقل عن ٢٥٪ من الحالات، فإن ٨٠٪ من ضحايا الاغتصاب يكشفن عن الأعراض المرضية لاضطراب الضغوط، وتؤثر درجة العنف التي استخدمت خلال جريمة الاغتصاب في شدة أعراض اضطراب الضغوط (Meichenbaum, 1994, p.70).

ولا يحتاج كل ضحايا الاغتصاب إلى العلاج، حيث يُشفى نصفهن تلقائياً، ومع ذلك فإن احتمال حدوث اضطراب الضغوط في حالة الاغتصاب يتزايد أكثر من أي جريمة أخرى، وذلك نظراً لأنه غير متوقع ولا يمكن التنبؤ به، ويعد خرقاً لجوانب شخصية حميمة. وتزداد الأعراض أكثر لدى ضحايا الاغتصاب، ويحتاجون إلى وقت أطول للشفاء من أي ضحايا آخرين، وبخاصة إذا حدثت الجريمة والضحية في سن صغيرة (Meichenbaum, 1994, p.70).

ويبين جدول (٢٩) النسب المئوية للنساء اللاتي قررن أنهن قد تعرضن لهذه الجريمة.

جدول (٢٩): النسب المئوية للإناث اللاتي قررن أنهن اغتصبن في عدد من الدراسات في الولايات المتحدة

العينة	٪
١ - طالبات جامعة قررن أنهن تعرضن للاغتصاب خلال حياتهن	٪١٣
٢ - نساء راشدات في سان فرانسيسكو	٪٢٢
٣ - عينة عشوائية (٢,٠٠٤) من الإناث المقيمات في جنوب كارولاينا	٪١٤,٥
أ) من بين هذه العينة حالات اغتصاب بالقوة (٥٪)	
ب) من بين هذه العينة محاولات اغتصاب (٤٪)	
جـ) من بين هذه العينة من أبلغن الشرطة (٢٩٪)	

عن (Kilpatrick *et al.*, 1985).

وإذا اعتمدنا على أقل معدلات حدوث للاغتصاب وهي ٥٪ فإن عدد ضحايا الاغتصاب أكثر من الجنود المحاربين تبعاً لإحصاء عام ١٩٨٠ كما يلي:

- عدد ضحايا الاغتصاب في أمريكا: ٣,٧٥٠,٠٠٠.
- عدد الجنود المحاربين في أمريكا: ٢,٠٤٨,٥٤٤.

وتشير نتائج البحوث إلى أن خبرة الاغتصاب تحقق المحك الأساسي والأول، وكذلك غيره من المحكات الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي

بحيث إن هذه الخبرة الضاغطة كافية لإحداث الأذى والضيق لدى كل شخص تقريباً، بما يؤدي إلى نشأة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى كثير من الضحايا، وسنفصل الأمر في الفقرة السادسة من هذا الفصل.

كما تشير مؤشرات الجريمة في أمريكا إلى أن معدلات حدوث جريمة الاغتصاب تتزايد بنسبة أعلى من معدلات جرائم أخرى مثل: القتل والتهجم والسرقة، فالاغتصاب في الولايات المتحدة هو أكبر جريمة عنف من ناحية زيادة نموها (Davison & Neale, 1990, p.336). وتجدر الإشارة إلى أن كثرة الدراسات التي أجريت على ضحاياه في البلاد الغربية يعكس ارتفاع معدلات حدوثه فيها.

وتكشف البيانات الناتجة عن المسح القومي الذي أجري عام ١٩٨٣ في الولايات المتحدة بعض الإحصاءات التي يبينها جدول (٣٠).

جدول (٣٠): معدلات حدوث جريمة الاغتصاب تبعاً لاختلاف الأعمار في الولايات المتحدة

أعمار الإناث	معدل حدوث جريمة الاغتصاب لكل ألف
من ١٢ - ١٥ سنة	٢,٠
من ١٦ - ١٩ سنة	٤,٢
من ٢٠ - ٢٤ سنة	٣,٦
من ٢٥ - ٣٤ سنة	٢,١
من ٣٥- ٤٩ سنة	٠,٣
فوق ٦٥ سنة	٠,١

عن: (Meichenbaum, 1994, p.75).

ولا شك أن المتمعن في هذه الإحصاءات سوف يلمس تضارباً كبيراً في نتائج البحوث فيما يتعلق بمعدلات انتشار جريمة الاغتصاب. وهذا التضارب متوقع نظراً لعاملين على الأقل هما: عامل اختلاف التصميمات المنهجية المستخدمة في الدراسات المنشورة، وعامل الخزي والعار الذي يجعل الضحية وأهلها كذلك

تتكتم الجريمة وتتحمل العواقب دون إبلاغ الشرطة أو طلب المساعدة الطبية. ويجدر التنويه إلى أن كل ما نعرضه من دراسات في هذا الموضوع على اختلاف جوانبه هي دراسات أجريت في الولايات المتحدة في المقام الأول.

٤ - أهم التفسيرات الخاطئة الشائعة عن الاغتصاب

تشيع لدى قطاعات غير قليلة من الجمهور بعض الأفكار الخاطئة عن الضحية والمجرم في جريمة الاغتصاب، ويتبناها - للأسف - عدد غير قليل منهم. ويبين جدول (٣١) بعض هذه التفسيرات.

جدول (٣١): بعض التفسيرات الخاطئة الشائعة في الاغتصاب عن الأنثى الضحية وعن المهاجم لها

الضحية
١ - لم يحدث شيء في الحقيقة، إنها تحاول أن توقع الفتى في المتاعب.
٢ - لقد حرضت الفتاة على حدوث هذا الفعل وشجعت عليه بمظهرها الجسمي وملابسها.
٣ - إنها فتاة (أو امرأة) سيئة تستحق ذلك.
٤ - إذا كانت فتاة (أو امرأة) أخلاقية وتقليدية وتحافظ على مكانتها، فإن ذلك لم يكن ليحدث لها أبداً.
٥ - لقد أحبت أن يحدث لها ذلك، وسمحت لنفسها بأن تصبح ضحية وتُغتصب.
٦ - المرأة تريد من الرجل أن يغتصبها.
٧ - تتهم النساء الرجال بالاغتصاب.
٨ - تستمتع المرأة سراً بكونها قد اغتُصبت.
٩ - معظم المغتصبين من الغرباء.
المهاجم
١ - لقد قهرته مشاعره الجنسية (أو العدوانية) وتغلبت عليه في حينها، ولم يستطع أن يضبط نفسه.
٢ - أتى من بيئة فقيرة ذات مساوئ كثيرة ويجب أن نشفق عليه.
٣ - لقد كان مخموراً في أثناء هذا الفعل.

والمتمعن في جدول (٣١) يرى أن كثيراً من التفسيرات الخاطئة الشائعة بخصوص جريمة الاغتصاب تنحو باللائمة على الأنثى، وتلتمس الأعذار للمهاجم أو المجرم. ولا غرو فكلها تدور في فلك التفسيرات الخاطئة التي يتعين تصويبها والعمل على تعديلها.

ومن الاعتقادات الشائعة أيضا أن ضحايا الاغتصاب يتسمن عادة بما يلي:

أ - صغر السن.

ب - الجاذبية.

جـ - الجمال.

د - الخلاعة في الملبس أو طريقة المشي.

وعلى الرغم من أن كثيراً من الضحايا يحققن هذه الأوصاف، فإن كثيرا غيرهن لا يحققنها. والحقيقة أن هذه الاعتقادات الشائعة ليست صادقة في كل حالة، فإن العمر والمظهر الجسمي مثلاً ليسا عائقين أمام المجرمين القائمين بعملية الاغتصاب، فقد يختارون الأطفال الذين لم يبلغوا إلا عاماً واحداً، أو النساء في الثمانينات من العمر (Davison & Neale, 1990, p.336)، كما يمكن أن تقع هذه الجريمة على الدميمات. وهذا لا يمنع بطبيعة الحال من أن تتعرض لهذه الجريمة نسبة من صغيرات السن الجميلات والخليعات في الملبس أو طريقة السير، كما لا يمنع أن تكون هذه العوامل الأربعة من بين دوافع ارتكاب هذه الجريمة في جانب منها، ولكن المهم أنه لا قاعدة محددة في هذا الصدد، هذا ما يتصل بالدراسات الغربية.

أما في مجتمعنا الإسلامي فتجدر الإشارة بوضوح إلى أن هناك ما يصدر عن بعض الضحايا من تصرفات وسلوكيات، تعد من الناحية الأخلاقية غير لائقة، وتعتبر من الناحية النفسية عنصراً مساعداً على إتمام هذه الجريمة، فلا ننسى مثلا أن الملابس الخليعة لدى الإناث يمكن أن تتحرش بدافع الجنس عند بعض الرجال: **﴿ولا تَبَرَّجْنَ تَبَرُّجَ الجاهلية الأولى﴾** (النور: ٢٤)، كما أن طريقة الحديث قد يَفْهَمُ

منها بعض الرجال أنها دعوة غير مباشرة: ﴿**ولا تخضعن بالقول فيطمع الذي في قلبه مرض**﴾ (النور: ٢٤). ومع أنه لا قاعدة محددة فيما يتعلق بخصائص الضحية، فقد دلت الدراسات على أن هذه الجريمة يمكن - نظرياً - أن تحدث لأي أنثى، فيجب أن تبتعد الإناث عن مواطن الشبهات.

٥ - العلاقة بين الضحية والمجرم قبل الجريمة

من بين المعتقدات الشائعة في جريمة الاغتصاب - كما بينا في الفقرة السابقة - أن معظم المغتصبين من الغرباء. فما مدى صدق ذلك؟ لقد أجريت دراسات عديدة لبيان العلاقة بين الضحية والمهاجم قبل وقوع الجريمة. ويبين جدول (٣٢) نتائج إحدى الدراسات.

جدول (٣٢): العلاقة بين الضحية والمجرم قبل جريمة الاغتصاب

العلاقة بين المجرم والضحية	حالات الاغتصاب المسجلة
غرباء	٦١٪
أشخاص يعرفهم الضحية	٣١٪
أقارب حميمون	٨٪
المجموع	١٠٠٪

عن: (Comer, 1992, p.485).

ويتضح من جدول (٣٢) أن نسبة لا يستهان بها (٣٩٪) وهي أكثر من الثلث من الحالات المسجلة اغتُصبن من أقارب أو معارف، على الرغم من أن الإحصاءات هنا - مرة ثانية - غير دقيقة، ذلك أن حالات الاغتصاب التي تحدث بين معارف أو أقارب لا يُبلغ عنها كل الضحايا بل قلة منهم.

على أن تقارير أحدث - تلخص مزيداً من الدراسات - بينت أن الغالبية العظمى من المعتدين القائمين بهذه الجريمة هم من أعضاء الأسرة أو من المعارف، وأن الغالبية من الحالات تحدث في الطفولة أو من معتد معروف للضحية

(Meichenbaum, 1994, p.70). ويبين جدول (٣٣) نتائج دراسات أحدث وأشمل في علاقة الضحية بالمجرم قبل تنفيذ الجريمة.

جدول (٣٣): علاقة المغتصِب بالمغتصَبة قبل الجريمة في مسح أشمل

٪ للحالات	العلاقة السابقة
٪٢٩	معارف
٪٢٢	غرباء
٪١٦	قريب آخر
٪١١	أب أوجد
٪١٠	صديق/ صديق سابق
٪٩	زوج/ زوج سابق
٪٣	غير مؤكد - رفض التحديد

عن: (Meichenbaum, 1994, p.70).

٦ - جريمة الاغتصاب

في الدقائق والثواني التي تسبق الاغتصاب تبدأ المرأة في إدراك موقفها الخطر، ولكنها لا تستطيع أن تتوقع ماذا سيحدث لها، وخلال لحظات الهجوم فإنها تصبح في حالة من الخوف الشديد على حياتها. إن انتهاك جسدها والتعدي على حرية الاختيار لديها لهي أمور مسببة للحنق والغضب والسخط، ولكن الضحية - إلى جانب ذلك - تشعر بأنها تتعرض لهجوم لا تستطيع فيه الدفاع عن نفسها، وبأنها غير قادرة على محاربة المعتدي المهاجم الأقوى منها، وفي العادة تجد أن طاقتها على المقاومة تخور سريعاً.

وفي الحالات التي تُدعى الاغتصاب السادي Sadistic يُوقع المغتصب بجسم الضحية أضراراً عضوية خطيرة، كإدخال أجسام غريبة في المهبل، أو شد الثديين وحرقهما أو قضم الحلمة، أو الضرب بالسياط. ويقوم بعض المغتصِبين - بعد أن يقضوا وطرهم - بقتل الضحية، أو تشويه جسدها، أو بتر أحد أعضاء

جسمها، أو التمثيل بجثتها، ولذلك فليس غريبا أن يعد الاغتصاب فعلاً من أفعال العنف والعدوان والجريمة، كما هو فعل جنسي سواء بسواء (Davison & Neale, 1990, p.336). ومن المتوقع كثيراً في حالات الاغتصاب أن يمارس المجرم ضد الضحية أحد أنواع الانحراف الجنسي.

وتورد «كيلپاتريك» وزملاؤها أهم الأضرار التي قررتها الضحايا في أثناء تنفيذ هذه الجريمة (انظر جدول ٣٤).

جدول (٣٤): الأضرار الجسمية والنفسية التي قررتها أفراد عينة الإناث المغتصَبات في أثناء تنفيذ هذه الجريمة

الأعراض التي قررتها الإناث في أثناء الاعتداء	٪
أ - الأعراض النفسية:	
١ - الفزع	٪٩٦
٢ - الهم والقلق	٪٩٦
٣ - الرعب	٪٩٢
٤ - العجز	٪٨٨
ب - الأعراض الفيزيولوجية:	
٥ - الاهتزاز أو الارتعاش	٪٩٦
٦ - تسارع القلب وزيادة نبضه	٪٨٤
٧ - الألم	٪٧٢
٨ - شد في العضلات	٪٦٨
٩ - سرعة التنفس	٪٦٤
جـ - أعراض أخرى:	
١٠ - الاعتقاد بإمكانية قتلهن أو حدوث إصابة خطيرة لهن في أثناء الهجوم	٪٦٤

عن: (Kilpatrick *et al.*, 1985).

ونعرض فيما يلي دوافع المجرم وخصائصه الشخصية وأنماطه.

٧ - دوافع المجرم وشخصيته

دلت البحوث على أن القائم بالاغتصاب لديه استعدادات نفسية معينة، وله خصائص شخصية محددة تجعل الاحتمال كبيراً لقيامه بارتكاب هذه الجريمة مرة أو أكثر. وأسفرت الدراسات المستفيضة عن أن الغالبية العظمى من المغتصِبين قد خططوا بعناية لجريمتهم، مما يدل على أن القول بأن الاغتصاب فعل تلقائي صدر عن رجل لم يسيطر على دفعاته الجنسية، قول غير دقيق.

وإذا اعتمدنا على تقارير الجرائم الأمريكية للمقبوض عليهم لارتكابهم هذه الجريمة، نجد أنها تصف المغتصِبين بما يلي: صغار السن (بين ١٥، و٢٥ عاما في العادة)، فقراء، غير ماهرين، تعليمهم منخفض، انحدروا من طبقات دنيا حيث يكون العنف هو المعيار السائد أكثر مما هو في الطبقة الوسطى كما يقول علماء الاجتماع، نصفهم تقريباً متزوجون ويعيشون مع زوجاتهم وقت ارتكاب الجريمة. وقد تم ارتكاب من ربع إلى ثلث كل جرائم الاغتصاب بوساطة رجلين أو أكثر، ومع ملاحظة أن معظم حالات الاغتصاب لا يُبلَّغ عنها، فمن الخطأ أن نعمم بخصوص شخصية القائمين بالاغتصاب عن طريق المعلومات المتاحة في سجلات الشرطة (Davison & Neale, 1990, p.338).

كما اتسم القائمون بالاغتصاب بأن لديهم اتجاهات متشددة نحو المرأة، مع قليل من الاحترام لحقوقها ومشاعرها، وقاموا بتفسير ردود الأفعال الغامضة التي تبديها المرأة على أنها «هيا.. تعال»، كما أنهم يعتقدون بأن المرأة تحصل على الإشباع من الاعتداء الجنسي عليها (Wilson *et al.*, 1992, p.219).

وقد دلت البحوث الحديثة على أن هناك ستة دوافع أساسية تكشف عن ستة أنماط من الرجال القائمين بفعل الاغتصاب، وهي كما يلي:

١ - **النمط الانتهازي:** وهو شخص لم يخطط لجريمته، ولكنه وجد الفرصة سانحة والظروف مواتية لارتكاب جريمته على غفلة من المحيطين به كما يظن.

٢ - **النمط الغضوب:** يحرك الغضب Anger هذا النوع من الرجال، وهم يمثلون ٤٠٪ من المجموعة التي درست، والرجال في هذه الفئة غاضبون من المرأة بوجه عام، وما الضحية إلا مجرد هدف أتيح لهم لتوجيه غضبهم، ويكون الدافع الأساسي لدى هذا النوع هو العدوان على المرأة أو الغضب منها أكثر منه الرغبة الجنسية. ويُوقِعُ هذا النوع من المجرمين الأذى البدني والإصابات العضوية والأضرار الجسمية بالضحية.

٣ - **النمط الجنسي:** يكون الدافع الأساسي في هذا النوع هو الإشباع الجنسي، نتيجة الانشغال الزائد والمستمر بالجنس، ويصدر ذلك عن رجال لديهم دافع جنسي قوي فوق العادة وغير خاضع للضبط في الوقت نفسه.

٤ - **النمط السادي:** Sadistic يحصل هذا النوع على الإشباع والرضا والسرور من إيقاع الألم وإنزاله بالضحية، وهذا النوع يمكن أن يقتل الضحية أو يُمثِّل بجثتها، أو يقوم بعمليات تشويه أو بتر أو جدع أو جذم. ويمثل هذا النمط ٥٪ من العينة التي دُرست.

٥ - **النمط الحقود المحب للانتقام:** يتضمن الفعل الجنسي هنا عنفاً وأنواعاً من التصرفات التي تهدف إلى الحط من قدر الضحية واحتقارها وإذلالها وخزيها ووصمها بالعار، وغالباً ما يَعرف المجرم الضحية في هذا النوع.

٦ - **النمط الذي يمثل القوة ولديه شعور بالنقص:** يمثل هذا النمط ٥٥٪ من المجموعة التي دُرست، وهو نمط يمثل القوة ويمارسها، في محاولة لتعويض مشاعر النقص وعدم الكفاءة التي يشعر بها، وقد يكون النقص هنا جنسياً أو في الشخصية، ويكون ذلك بإكراه الضحية تحت التهديد وترويعها(*).

(*) لاحظ أن النمط الغضوب يمثل ٤٠٪ من المجموعة التي درست، ويمثل السادي ٥٪ منها، في حين أن نسبة النمط الذي يشعر بالنقص ٥٥٪، فيكون المجموع ١٠٠٪. أما الأنماط الانتهازي والجنسي والحقود فهي أنماط متداخلة مع الأنماط الثلاثة التي ذكرت أولا، فالغالب أن هذه الجريمة لا يكون الدافع لها واحداً.

وكشفت دراسات حديثة عديدة عن أن الدافع الأساسي للاغتصاب (لدى ٣٣٪ على الأقل من القائمين به) هو العدوان أو العنف أو إظهار القوة، أكثر من أن يكون متصلاً بالدافع الجنسي أو الرغبة الجنسية، ويكون الإشباع الجنسي عادة محدوداً خلال الاغتصاب، وظهر في إحدى الدراسات أن ٥٨٪ من الرجال القائمين بالاغتصاب قد كشفوا عن نوع أو آخر من اختلال الوظيفة الجنسية، كصعوبات الانتصاب خلال الهجوم على الضحية، وأسفرت دراسة أخرى عن أن نسبة كبيرة تتراوح بين الربع والثلث من القائمين بالاغتصاب لا يحدث لهم انتصاب أو قذف (Davison & Neale, 1990, p.336; Sue *et al.*, 1990, p.303). ويتضح الأمر أكثر بالإجابة عن السؤال: من هو القائم بالاغتصاب؟

يجيب «دافيسون، ونيل» (Davison & Neale, 1990, p.338) عن هذا السؤال بقولهما: إن القائم بالاغتصاب في الأغلب واحد أو آخر من هذه الحالات المرضية أو خليط منها:

أ - شخص سيكوباتي (له سلوك مضاد للمجتمع) أساساً، يبحث عن الإثارة عن طريق السيطرة على امرأة وإذلالها من خلال إكراهها على هذا الفعل تحت التهديد، وحتى تخضع لهذه الإساءة الوحشية.

ب - رجل خاضع وله شخصية غير ناضجة في العادة، فأناه Ego هشة وذاته ضعيفة، ويشعر بعدم كفاءته بعد خيبة أمل في حب أو رفض في العمل، فيحوّل إحباطاته ومشكلاته إلى شخص غريب غير مرحب بفعلته القبيحة تلك.

جـ - شخص مراهق أثارته فتاة صغيرة مغرية ومتاحة، ولكنها غير مرحبة مثله بهذا الفعل الجنسي.

د - رجل أسهم الخمر في تحرره من أنواع الكف التي تمنعه من التعبير عن غضبه، ومن المعروف أن الخمر تجعل الرجال أكثر عدوانية من الناحية الجنسية، كما تزيد الخمر من إغراء المرأة للرجل ومحاولته قهرها.

صفوة القول إذن أن للقائم بتنفيذ جريمة الاغتصاب خصالاً محددة ودوافع يمكن تبينها(*). وإذا كان ذلك كذلك فهل من الممكن القول بأن فعل الاغتصاب ليس فعلاً عشوائياً بمعنى أنه يمكن التنبؤ به؟ وهل يرتبط هذا الفعل الإجرامي بخصال شخصية معينة؟ نحاول الإجابة عن هذين السؤالين في الفقرة التالية.

إن النظر إلى المعتدي في جريمة الاغتصاب على أنه يعاني من ضغط دوافعه الجنسية، تبسيط زائد وغير صادق لهذه الجريمة. وليس هذا فحسب، بل إنه يحمل خطر تحويل المسؤولية إلى سلوك الضحية وليس إلى تصرفات المعتدي. ويرى الباحثون في هذا الميدان أن الاغتصاب يعد عَرضاً لنوع من الخلل في الوظائف النفسية لدى المعتدي (Green, 1988, p.42).

ويتصف المعتدي في جريمة الاغتصاب بأنه شخص غير مُعَدّ ولا مهيأ للتعامل مع الضغوط اليومية وإحباطات الحياة، فهو ضعيف من الناحية الانفعالية، ويشعر بعدم الأمان، ولكنه ليس (ذهانيا) (مريضا عقليا) ولا متخلفا عقليا(**). إنه - بوجه عام - عاجز عن إقامة علاقات حميمة وقريبة مع الآخرين والمحافظة على هذه العلاقات. وتنقصه القدرة على الود والدفء والمشاركة والثقة والتقمص العاطفي.

وعندما تتزايد الضغوط ويرتفع الاضطراب أو الاهتياج الانفعالي، تتدهور الأحكام لديه، ويلجأ إلى الاعتداء الجنسي - دون نظر إلى العواقب - وسيلة لتفريغ شحنة القلق التي يشعر أنها ستدمره، ومن ثم فإن الجنس بالنسبة للمعتدي في هذه الجريمة وسيلة للتنفيس الخارجي، ويمكن أن يكون الاغتصاب وسيلة تعويضية أو عملاً ثأرياً انتقامياً، ولا يعد الإشباع الجنسي في ذاته هدفاً له، ولكن - بالأحرى - وسيلة لتخفيض حالة داخلية مؤلمة من الضيق.

(*) لا يعني ذلك بطبيعة الحال أن وجود هذه الخصال وتلك الدوافع لدى رجل ما ينبيء بأنه سوف يكون مغتصِباً، فهذه الخصال والدوافع يمكن أن تكون شروطاً ضرورية، ولكنها غير كافية لحدوث هذه الجريمة. والتنبؤ بالسلوك الإنساني مسألة غير هينة.

(**) ومع ذلك فقد تحدث جريمة الاغتصاب من ذهاني أو متخلف عقلي.

والاغتصاب فعل جنسي زائف، أي أن الجنس هنا مجرد مطية أو وسيلة للتعبير عن أحد أمرين: السلطة Power أو الغضب Anger، ومن ثم فإن الاغتصاب - في المقام الأول - ليس تعبيراً عن رغبة جنسية، ولكنه بالأحرى سلوك جنسي في خدمة حاجات غير جنسية. وقد توصل الباحثون إلى تقسيم المعتدين إلى نمطين تبعاً لغلبة كل من القوة أو الغضب. ويبين جدول (٣٥) الفروق بينهما (Green, 1988, p.42).

جدول (٣٥): الفروق بين نمطين من الاغتصاب: السلطة والغضب

الخاصية	الاغتصاب للإفصاح عن السلطة	الاغتصاب نتيجة الغضب
التعمد وسبق الإصرار	شائع	غير شائع
المجموعة العمرية للضحية	مثل عمر المعتدي	قد تكون أكبر سناً
الدافعية الأساسية	الجماع دليلاً على الإخضاع	تنفيساً للغيظ من النساء
القوة المستخدمة	تكفي لتحقيق الإذعان	أكبر بكثير من المطلوب لتحقيق الخضوع

عن: (Green, 1988, p.43).

إن المعتدي في جريمة الاغتصاب التي تفصح عن السلطة والقوة على الضحية يستخدم التهديد أو السلاح والقوة البدنية لجعل الضحية عاجزة عن المقاومة خاضعة له متحكماً فيها. والهدف من هذا النوع ومن الاعتداء القيام بالجماع دليلاً على إخضاع الضحية وهزيمتها والتغلب عليها، وليس الهدف الإشباع الجنسي، ويعاني المعتدي بهدف الإفصاح عن السلطة وتحقيقها عادة من انخفاض في تقدير الذات ونقص في المهارات الحوارية (العلاقات مع الأشخاص الآخرين)، وقد يكون الجنس أساساً لتحسين صورته عن نفسه، فيصبح الاغتصاب وسيلة مهمة لإثبات قوته وقدرته وذاتيته. وهذا النوع لا يؤذي الضحية جسديا عادة.

أما المعتدي الذي يغتصب بتأثير من الغضب، فإنه معتد وحشي، يعبر عن غضبه وحنقه وكراهيته لكل أعضاء جسم الضحية، ويستخدم قوة أكثر من

المطلوب لإخضاع الضحية، ويجبر الضحية عادة على الخضوع لأنواع متنوعة من الإساءة البدنية واللفظية التي تحط من قدر الضحية. وقد تحدث نسبة كبيرة من الإصابات والأضرار بعد إتمام الجانب الجنسي من الاعتداء. والهدف من هذا النوع من الاغتصاب هو التنفيس عن الغضب والغيظ من الضحية والثأر من رفض النساء له. وقد يجد المعتدي الجنس مقززا، ولا يجد إشباعا جنسيا من الهجوم، ولكنه يتخذ الجنس سلاحاً يستخدمه بوحشية ضد الضحية، وتاريخه مليء بالعلاقات غير الناجحة مع النساء، وفي هذا التاريخ مزيد من الصراع وعدم المعقولية والعنف. ويصاب ضحايا الاغتصاب الناتج عن الغضب بإصابات وصدمات بليغة، جنسية وغير جنسية، ويمارَس معهن أفعال انحرافية كثيرة، فضلاً عن العبودية والتعذيب والأفعال المهينة، والأجسام الغريبة. وهذا النوع من المعتدين يشعر غالباً باستثارة جنسية متناسبة مع آلام الضحية ودرجة المقاومة التي تُظهرها، وقد ينتهي الأمر بقتل الضحية.

إن الاغتصاب ليس جنسية عدوانية بل بالأحرى: الجنس في خدمة العدوانية (Green, 1988, p.42).

ونعرض فيما يلي لأهم الآثار النفسية لجريمة الاغتصاب على الضحية، مع التركيز على الأعراض النفسية لها.

٨ - آثار الجريمة على الضحية

من نافلة القول أن نذكر أن الاغتصاب حادث صدمي مفزع ومروع، وتحدث لدى ضحاياه عادة صدمة جسمية ونفسية نتيجة المرور بهذه الخبرة المريرة والقاسية، ويصاحبها زيادة في الاضطرابات النفسية لدى الضحايا بوجه عام، وتعاني كثيرات من ضحايا الاغتصاب الصدمة لعدة أسابيع تالية، وينتابهن بعض الأعراض الآتية أو كلها أحياناً: التوتر، والاكتئاب، والضيق الشديد، والقلق، والمخاوف الشاذة، والأعراض النفسية الجسمية، والشعور بالإهانة البالغة والذل العميق، كما يتولد لديهن شعور بالذنب ولوم الذات لعدم قدرتهن على صَدّ

الهجوم والمحاربة بشكل أصلب، وتتكون عندهن أفكار غاضبة تهيب بهن للانتقام، ويعاني كثير منهن من الكوابيس (الأحلام المزعجة) المتصلة بحادث الاغتصاب، واستعادة الموقف الصدمي كثيراً في أذهانهن واسترجاعه (يحدث ذلك لدى ٥٠٪ من الحالات).

وبالنسبة للمتزوجات فقد أصاب عدد كبير منهن اضطراب في العلاقة الجنسية مع أزواجهن، واضطربت الوظيفة الجنسية لدى بعضهن، وطَوَّر عدد منهن اتجاهات سلبية نحو الجنس مع أزواجهن عقب الاغتصاب، هذا فضلاً عن الخوف من الجنس، ونقص الرغبة الجنسية، وانخفاض التنبه الجنسي، وعدم الإشباع الجنسي.

وتبعاً لملابسات حادث الاغتصاب والمكان الذي تم فيه، فقد طَوَّر عدد من الضحايا مخاوف مرضية من: الظلام، أو كونهن خارج المنزل، أو داخل المنزل، أو في المصعد، أو من الزحام، أو من كونهن وحيدات، أو كون أي شخص خلفهن (Davison & Neale, 1990, p.336; Sue *et al.*, 1990, p.304). ومن الواضح أن هذه المخاوف المرضية تتغير من ضحية إلى أخرى تبعاً لظروف الحادث الصدمي وملابساته في كل حالة.

ومن ناحية أخرى كشف تحليل عاملي للارتباطات بين عدد من المتغيرات لدى عينة من ضحايا الاغتصاب عن عاملين هما:

أولاً - مواجهة الاغتصاب: ويتضمن الأسلوب الذي استخدمه المهاجم لترويع الضحية وإخافتها وإكراهها تحت التهديد، والمقاومة التي قامت بها الضحية، والإصابة العضوية الناتجة.

ثانياً - عوامل خاصة بالضحية: وتشمل الأحداث الصعبة للحياة، والتي مرت بها سابقاً، فضلاً عن المساندة الاجتماعية لها.

وكشفت دراسة أخرى أن النساء المغتصَبات الأكبر عمراً والأفقر معيشة قد

واجهن صعوبات أكبر من غيرهن، كما ظهر أن مشكلات الصحة الجسمية وصعوبات التوافق الجنسي قبل الاغتصاب منبئ بأعراض الاكتئاب لمدة أربعة أشهر بعد الاغتصاب. واتضح أيضاً ان المشكلات الصحية السابقة ترتبط بزيادة الاضطراب النفسي حتى اثني عشر شهرا بعد الاغتصاب. وقرر ضحايا الاغتصاب اللاتي ينتمين إلى المستويات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا إصابتهن بمخاوف أكثر، وضيقاً عاماً أكبر بعد الهجوم، وذلك بالمقارنة إلى ذوات المستوى الاجتماعي الاقتصادي الأعلى، واتضح بوجه عام أنه كلما زادت أحداث الحياة العصيبة لمدة عام قبل الاغتصاب زاد احتمال الاضطراب النفسي للضحية (Foy, Osato, Houskamp & Neumann, 1992).

ويلخص جدول (٣٦) - اعتمادا على عدد من الدراسات - أهم الأعراض التالية لصدمة الاغتصاب.

جدول (٣٦): أهم الأعراض التالية لصدمة الاغتصاب

أهم الأعراض	
١ - القلق	١٥ - اضطراب الوظيفة الجنسية
٢ - التوتر	١٦ - اتجاه سلبي نحو الجنس
٣ - الاكتئاب	١٧ - نقص الرغبة الجنسية
٤ - الخوف المرضي	١٨ - الخوف من الجنس
٥ - فقد الثقة	١٩ - البرود الجنسي
٦ - مشكلات النوم	٢٠ - عدم الإشباع الجنسي
٧ - الشعور بالمهانة	٢١ - مشكلات جسمية صحية
٨ - الخوف من الوصمة	٢٢ - الإدمان على الخمر
٩ - الشعور بالذنب	٢٣ - الاعتماد على العقاقير
١٠ - لوم الذات	٢٤ - التفكير في الانتحار
١١ - الكوابيس	٢٥ - الوسواس القهري
١٢ - استرجاع الحادث الصدمي	٢٦ - مشكلات في الذاكرة
١٣ - أفكار انتقامية	٢٧ - صعوبات في تركيز الانتباه
١٤ - انخفاض تقدير الذات	٢٨ - إعاقة الأنشطة الترويحية

الضغوط التي تواجهها المرأة بعد الاغتصاب

يعاني ضحايا الاغتصاب من درجة كبيرة من مشاعر الخزي والاكتئاب، ويبدو أن هذه المشاعر تحدث على مستوى شبه شعوري نتيجة الاتجاهات الاجتماعية المنتشرة التي يعبر عنها من خلال أشكال تربوية معينة ومن خلال التاريخ، وبخاصة نتيجة «الجوع نحو الإثارة» (أو التوق إلى كل ما هو مثير) في وسائل الإعلام تجاه البطل والهازم والرجل القوي الذي يهزم الضحية والقائم بالتعذيب والاغتصاب، مع شيوع اتجاهات سلبية من ناحية أخرى نحو المهزوم والضحية والمغتصَب. إن الاتجاه العام هو الإعجاب بالقويّ واحتقار الضعيف، ومن ثم يشعر الضحايا بأنهم يُجْبَرون على احترام الاتجاه العام في المجتمع، والذي يُشعرهم بالخزي لكونهم ضحايا. ويولِّد هذا الشعور بالإجبار مشاعر الذنب في حالات الحط من قدر الشخص والتعذيب والاغتصاب لدى الناجين من المحنة Ordeal، ولكن إذا لم ينج الضحية فإن تعاطف المجتمع ووسائل الإعلام يمكن أن يكون شديداً، ومع ذلك فإن الناجين يبرهنون على أن القويّ ذلك البطل العجيب قد قام بشيء ما خطأ، شيء ما غير مقبول، وتؤدي هذه النتيجة إلى مشاعر عدم الراحة والاختلاط لدى الجمهور، وهذه المفارقة في الرأي العام تدعم مشاعر الضحايا المتعلقة بالخزي والذنب، والتي أصبحت تعد عرضاً محدداً في اضطراب الضغوط التالية للصدمة (Weisaeth & Eitinger, 1993).

ولقد أجري «ماك كان» عام ١٩٨٨ دراسة مستفيضة عن الضغوط التي تواجهها المرأة بعد الاغتصاب، ووجد دليلاً واقعياً على أن المشكلات التي تواجهها المرأة بعد هذا الحادث تتجمع في خمسة مجالات كما يلي:

١ - الاضطرابات البدنية بما فيها زيادة التنبه.

٢ - المشكلات الانفعالية كالقلق والمزاج المكتئب وانخفاض تقدير الذات.

٣ - خلل في الوظائف المعرفية بما في ذلك اضطراب التركيز، والأفكار التي تقتحم عقل الضحية.

٤ - أفعال سلوكية غير نمطية كالعدوان، والأفعال المضادة للمجتمع، وسوء استخدام المواد ذات التأثيرات النفسية.

٥ - التأثير السلبي في العلاقات الاجتماعية متضمنة المشكلات الجنسية، ومشكلات العلاقات الحميمة، والخوف من أن تصبح ضحية مرة أخرى (Carson & Butcher, 1992, p.162).

ومن بين الضغوط التي تواجهها المرأة الضحية بعد جريمة الاغتصاب شعورها بوصمة العار Stigma، وهناك مشاعر تحس بها الضحية ومشاعر لدى أفراد المجتمع يسهل كل منهما الشعور بهذه الوصمة، ويبينها جدول (٣٧).

جدول (٣٧): آليات وصمة العار لدى ضحية الصدمة

الصدمات التي يصنعها الإنسان تسهل حدوث وصمة العار
مشاعر الضحية التي تسهل الوصم بالعار: ١ - الذنب. ٢ - لوم النفس. ٣ - الذل أو الخزي ٤ - الشعور بالعار. ٥ - النظر إلى المعتدي على نحو مثالي. **مشاعر المجموعة أو المجتمع التي تسهل الوصم بالعار:** ١ - النظر إلى الضحية على أنها السبب في الصدمة أو أنها تستحقها. ٢ - الرغبة في تجنب التلويث. ٣ - الرغبة في الإبقاء على الإحساس بالسلامة الشخصية وعدم الجرح. ٤ - الرغبة في الاحتفاظ بوجهة نظر خلقية وعادلة إلى العالم. ٥ - الرغبة في رؤية العالم على أنه قابل للتنبؤ ومنظم ومحكوم.

عن: (Holloway & Fullerton, 1994, p.38).

٩ - الاغتصاب وعوامل الخطر للإصابة باضطراب الضغوط

يتزايد احتمال خطر وقوع ضحية الاغتصاب فريسة اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة العوامل الواردة في جدول (٣٨).

جدول (٣٨): العوامل التي تزيد من احتمال وقوع ضحية الاغتصاب فريسة اضطراب الضغوط التالية للصدمة

أهم العوامل
أ - استخدام العنف البدني.
ب - الوحشية في الجريمة.
جـ - استخدام السلاح.
د - إصابة الضحية بأذى.
هـ - تعارض الجريمة مع معتقدات الضحية.
و - إتمام الجريمة في ظروف ومواقف تتوقع الضحية أنها آمنة.
ز - انتفاء الدعم الأسري أو إلقاء اللوم على الضحية.
ح - تاريخ سابق من الاضطراب النفسي.
ط - تكرار الجريمة.

وإن الخوف من الموت (تهديد الحياة) والإصابة منبئات بأعراض اضطراب الضغوط (Meichenbaum, 1994, pp.72-73). والحق أن الاغتصاب بوصفه حادثاً صدمياً، يُعَدُّ السبب الأول للإصابة باضطراب الضغوط لدى الإناث.

١٠ - تأثير الفن الإباحي والكتابات الداعرة

من نافلة القول أن نذكر أن مسببات الاغتصاب عديدة، وأن العوامل التي تسهم في زيادة معدلات حدوثه - من ناحية القائم به - مختلفة، ذلك أن النموذج متعدد العوامل Multifactorial paradigm أقرب النماذج إلى الواقع، ونقصد بذلك العوامل النفسية وشخصية الفرد، والانحرافات التي يعاني منها وبخاصة السيكوباتية (السلوك المضاد للمجتمع)، ومعاقرة الخمر والمسكرات، والبيئة أو

المجتمع الذي يعيش الفرد فيه، والظروف الاقتصادية والمناخية والسياسية... وغير ذلك.

ونبحث فيما يلي تأثير أحد العوامل التي حظيت بدراسات مستفيضة، ونقصد الفن الإباحي والكتابات الداعرة (الفاحشة).

تم بحث تأثير عوامل عديدة في زيادة معدلات حدوث جريمة الاغتصاب، ومن بين هذه العوامل البورنوجرافيا Pornography وتعني الفن الإباحي والكتابات الفاحشة والصور الداعرة (ولنطلق عليه للإيجاز الفن الإباحي). ويفترض عالم النفس «ألبرت باندورا» Bandura أن التعرض لأشكال معينة من الفن الإباحي يمكن أن يجعل بعض الرجال مهيئين كي يتصرفوا بعدوانية تجاه النساء في المواقف الجنسية. إن الأفلام الإباحية أو الكتابات الداعرة العنيفة التي تصور المرأة على أنها تقاوم في البداية في حين أنها تستمتع بالاغتصاب، يشجع الفكرة القائلة بأن المرأة تحب أن يُعتدى عليها جنسياً. وفضلاً عن ذلك فقد اعترف حوالي نصف عينة من طلبة الجامعة الذكور أنهم يمكن أن يقوموا بالاغتصاب إذا استطاعوا أن يتجنبوا القبض عليهم، كما مالوا إلى تأييد الاعتقاد الذي يرى أن النساء اللاتي يُغتصبن يَطلبن ذلك بوساطة الطريقة التي يلبسن بها ويتصرفن (Davison & Neale, 1990, p.338).

وفي عدد آخر من الدراسات يورده «آل سو» (Sue *et al.*, 1990, p.306)، يؤكدون على علاقة سببية بين الأشكال المختلفة للفن الإباحي والعنف المتزايد ضد المرأة، كما اتضح أن هذا الفن الإباحي الداعر يزيد من الاعتقاد بأن «أقل الممارسات شيوعاً هي أكثرها شيوعاً»؛ أي أنه يوحي بأن شذوذ العلاقات في هذا المجال أكثر شيوعاً وانتشاراً مما نظن، كما يؤدي هذا الفن إلى اعتقاد الرجال بأن «القهر والعنف مقبولان في العلاقات الجنسية». ومن ناحية أخرى ظهر أن تصوير العنف الجنسي في وسائل الإعلام يزيد من الاتجاهات السلبية للرجال نحو النساء، وهناك الأفلام التي تصور مناظر وحشية عنيفة كالضرب بالسيف أو السكين، والجرح بوحشية، وشق الثوب ليبدي ما تحته، بحيث يرتبط في هذه الأفلام العنف والجنس برباط وثيق، وقد ظهر أن مثل هذه الأفلام أكثر أنواع الفن الإباحي

ضرراً، وكشفت تجربة أخرى أن درجة العنف في الأفلام، وليس الجنس في حد ذاته، هو المسؤول عن عدوانية الرجال.

١١ - الاغتصاب والحرب

بين الاغتصاب والحرب رابطة وثيقة على مستويين، **الأول**: أن كليهما من الحوادث الصدمية التي يمكن أن ينجم عنها إصابة الضحايا باضطراب الضغوط التالية للصدمة، **والثاني**: أن معدلات حدوث الاغتصاب ترتفع إبان الحرب من قِبَل المعتدي أو المحتل بطبيعة الحال. ولذلك أسباب شتى، وكما سبق أن فصلنا فإن الاغتصاب - فضلا عن أنه فعل جنسي - فإنه فعل من أفعال العدوان والعنف والجريمة في الوقت ذاته، ومن الممكن أن نفترض - ولهذا الافتراض مسوغاته القوية - أن معدلات العدوانية والعدائية والعنف تزداد لدى المحتل المعتدي، ولا بد لهذه العدوانية المنحطة أن تجد لها مصرفا، ولا يخفى - أخيراً وليس آخراً - أن المعتدي أو المحتل عندما يرتكب جرائم الاغتصاب ضد المعتَدَى عليه فإنه يقصد بذلك - في المقام الأول من بين ما يقصد - ممارسة نوع من الإذلال له وتحقير شأنه والنيل من أعز ما لديه. إن الاغتصاب فعل يستهدف «سلب المرأة والحضارة» (Meichenbaum, 1994, p.73).

ويدلنا التاريخ على هذه العلاقة الوثيقة بين الاغتصاب والحرب، فقد مارس الصليبيون الاغتصاب عبر طريقهم في أوروبا منذ القرن الحادي عشر حتى القرن الثالث عشر الميلادي، وهم يقومون بالحج المقدس لتحرير بيت المقدس من أيدي المسلمين!!! ومارس الألمان الاغتصاب في الحرب العالمية الأولى خلال اجتياحهم لبلجيكا، وفعلته القوات الأمريكية أيضاً في فيتنام خلال تفتيشهم وتدميرهم لهذه البلاد (Sue *et al.*, 1990, p.306). كما مارسته قوات الصرب ضد المسلمات في البوسنة والهرسك مؤخراً. وهكذا نجد العلاقة وثيقة والرابطة متينة بين الاغتصاب والحرب، ويا لها من علاقة سيئة ورابطة كريهة.

* * *

الفصل الرابع عشر
نماذج من صدمات الحروب

تمهيد

١ – الدراسات النفسية في الجيش.

٢ – ويلات الحروب.

٣ – ضغوط القتال قبل حرب فيتنام.

٤ – معسكرات الاعتقال الألمانية في اسكندنافيا.

٥ – المقاومة الهولندية في الحرب العالمية الثانية.

٦ – موجز للآثار البعيدة المدى لصدمة الحرب.

٧ – آثار صدمة الحرب والعنف.

الفصل الرابع عشر

نماذج من صدمات الحروب

تمهيد

يعرض هذا الفصل لأحد النماذج البارزة للأحداث الصدمية التي تعد من أهم مسببات اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبخاصة لدى الرجال: ألا وهو الحروب، فيقدم للدراسات النفسية في الجيش، ويعرض موجزاً لضغوط القتال قبل حرب فيتنام، والصدمات الناتجة عن السجن في معسكرات الاعتقال الألمانية في اسكندنافيا، والضغوط الناجمة عن الاشتراك في المقاومة الهولندية في الحرب العالمية الثانية، والآثار بعيدة المدى (بعد نصف قرن) لصدمة الحرب العالمية الثانية، وأخيراً آثار صدمة الحرب والعنف بعد الحرب العالمية الثانية.

١ - الدراسات النفسية في الجيش

تعددت الدراسات النفسية في الجيش تعدداً غير قليل وبخاصة في الحربين العالميتين: الأولى والثانية، فمن دراسات الذكاء والقدرات العقلية وتأليف اختبارات لهما، إلى بحوث الشخصية، والتشخيص النفسي، والعلاج النفسي، وبحوث التمويه، والروح المعنوية، والتوجيه، والتدريب، والاختيار، والترقية...، وغير ذلك كثير. ولن يفيد الأسف عندما نقول: إن الحرب كانت سبباً في تطوير جوانب معينة في العلم، وفي إنشاء مجالات جديدة، وفي علاج مشكلات معينة، فقد وضع «وودوورث» Woodworth مثلاً صحيفة البيانات الشخصية Personal Data Sheet لتُستخدم في الحرب العالمية الأولى بهدف فرز حالات المجندين الذين يحتاجون إلى رعاية نفسية (ولكنها أصبحت جاهزة للاستخدام بعد أن وضعت الحرب أوزارها). وعاصرت قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) نشوب الحرب العالمية الثانية، وتطورت بحوث زمن الرجع Reaction

Time وحفلت باهتمام كبير في الحرب العالمية الأولى، إلى الدرجة التي خصصت لها ولغيرها النشرة السيكولوجية باباً تحت عنوان «علم النفس والحرب» (انظر على سبيل المثال: Henmon, 1917)(*). وزادت بحوث الضغوط Stress في حرب فيتنام، ويندرج بعض هذه البحوث التي أوردنا نماذج لها تحت فرع علم النفس الحربي Military Psychology.

٢ - ويلات الحروب

تُسَبِّبُ الحرب ضيقاً وكرباً لا يمكن حسابهما، بما في ذلك اضطراب الضغوط. وهناك تقدير يشير إلى نشوب (١٥٠) مائة وخمسين حرباً منذ عام ١٩٤٥ وحتى عام١٩٩٤، نتج عنها موت (٢٢) مليون شخص، ويشير أحد التقديرات أن هناك ٤٨ دولة من دول العالم حدثت فيها حروب أو نزاعات داخلية، وذلك في العام ١٩٩٣. وأحد العواقب المترتبة على الحروب، ذلك العدد الكبير من اللاجئين والأشخاص الذين وُضعوا في مساكن سيئة، ويقدر هؤلاء بثمانية عشر مليوناً من الأشخاص. ويمثل الأطفال والأمهات نسبة تتراوح بين ٥٠٪ و٧٠٪ من مجموع اللاجئين في العالم اليوم، وبخاصة في دول العالم الثالث (Meichenbaum, 1994, p. 29).

لقد استخلص أحد المؤرخين العسكريين وهو «كيجان» Keegan عام ١٩٩٣ أن «**التاريخ المكتوب للعالم هو في المقام الأول تاريخ الحروب**».

والحرب من أقسى الصدمات وأقصاها، يمكن أن يرتكب فيها المعتدي أيّ شيء، ويقترف كل شيء، ولقد عرفت الإنسانية منذ القدم ما ينجم عن الحرب من ويلات، وما يُرتكب فيها من فظائع.

ولكن الرأي لدينا على غير تخصص منا، أن الأفراد والجماعات والدول إلا

(*) تجدر الإشارة إلى أن دراسات عالم النفس «هنمون» قد استمرت في الدورية ذاتها بين عامي ١٩١٠، و١٩٢٠.

قليلاً، كانوا يفعلون ما بوسعهم - بادىء ذي بدء - لتجنب الحرب، وذلك لمعرفتهم بوطأة ويلاتها، وتأكدهم من وخيم عواقبها. من أجل ذلك كانوا وما يزالون يبذلون جهوداً كبيرة لتجنبها، فإذا كان لا بد مما ليس منه بد، فإنها الحرب:

وما الحرب إلا ما علمتم وذقتم وما هو عنها بالحديث المرجم

عندئذ يفعل المحاربون ما بوسعهم وبأية وسيلة لغلبة خصمهم والتفوق عليه وكسر إرادته، وفي سبيل ذلك يسلكون كل سبيل سواء أكان شريفاً أم وضيعاً، راقياً أو خسيساً. من أجل ذلك يكره الإنسان العادي الحرب، ويسعى سعياً حثيثاً إلى تجنبها.

كما يعلم الإنسان علم اليقين ما ينجم عن الحرب بعد انتهائها من خسائر في المال والأهل والولد، فالحرب مثلا أكبر مصدر لحالات الإعاقة البدنية وفقد الحواس وبتر الأعضاء وإصابات الرأس. . . ، وكلها درجة من درجات الابتلاء، كما يُبتلى الإنسان في الحرب بنقص في الأنفس والثمرات.

ويعتقد كثير من الناس أن هناك فرقاً جوهرياً بين الحرب وهي عمل سيء من صنع البشر، والكوارث الطبيعية كالزلازل والأعاصير والسيول والفيضانات من حيث إن الكوارث ابتلاءات واختبارات من الله سبحانه وتعالى. كما أن في الحرب جانباً يمكن تجنبه، على حين أن الكوارث الطبيعية قَدَر مُقَدَّر لا بد أنه صائر. ويزيد هذا الاعتقاد من وطأة الشعور بالآثار السلبية للحرب.

والحرب من أكبر مصادر إصابة الإنسان باضطراب الضغوط التالية للصدمة وبخاصة الرجال، وتجدر الإشارة إلى أنها لا تصيب المقاتلين من جنود وضباط فقط، بل إنها تصيب أيضا وتطول بويلاتها المدنيين الذين عاشوا في ظروف الحرب، وتعرضوا للقصف بالقنابل أو تدمير المنازل، مما ينجم عنه رزايا وإصابات في الإنسان والوطن.

ويجب التنويه إلى أن في الحرب طرفين: القائم بالاعتداء والمعتدى عليه، والقائم بالاعتداء يعتدي ليهزم الطرف الآخر ويقهره ويكسر إرادته، في حين أن المعتدى عليه يحاول صد الهجوم ويدافع عن نفسه. فالأول صنع الحرب، والثاني فرض عليه القتال وهو كره له، ويتعين عليه الدفاع عن نفسه، وبصرف النظر عن هذه التفرقة فإن ويلات الحرب تطول كليهما.

٣ - ضغوط القتال قبل حرب فيتنام

كانت الحرب الأهلية الأمريكية (١٧٧٥ - ١٧٨٣) الحرب الأولى التي تم الاعتراف فيها بالمشكلات النفسية التي عانى منها المحاربون في ظل أتون المعركة واشتداد أوارها، على اعتبار أن هذه المشكلات النفسية تمثل وحدة إكلينيكية متسقة. وقد أسماها الجنرال «وليم هاموند» Hammond جراح الجيش الاتحادي وُطانا Nostalgia أو أُبَابَةً أي حنيناً إلى الوطن وتوقاً إليه، اتسمت «بالسُّواد Melancholia (الاكتئاب والانقباض والحزن الشديد)، نتيجة الغياب عن المنزل أو مفارقة الموطن فترة طويلة. وقد أُوردت المعدلات الآتية لحدوث الحنين إلى الوطن: ٢,٣٤ حالة/ ١٠٠٠ جندي (أي حوالي ٢,٥ حالة حنين مرضي إلى الوطن لكل ١٠٠٠ من الجنود) في العام الأول للحرب الأهلية، في حين بلغت ٣,٣ حالة/ ١٠٠٠ في العام الثاني، أي أن معدل الحدوث قد تزايد. وبالإضافة إلى ذلك فإن ٢٠,٨ حالة/ ١٠٠٠ جندي طُرِدُوا من الجيش نتيجة الشلل الذي أصابهم، كما أحيل إلى التقاعد ٦/ ١٠٠٠ بسبب المرض العقلي (Davison & Neale, 1990, p. 158).

وفي الحرب العالمية الأولى (كما سبق أن فصلنا في الفصل الثاني) استُخدم مصطلح «صدمة القذائف» Shell shock ليعكس الاعتقاد في الأساس العضوي لهذا الاضطراب، فقد كان يُعتقد أن مخ الجندي يعاني من صدمة أو ارتجاج Concussion مزمن نتيجة للتغيرات المفاجئة والعنيفة في الضغط الجوي بسبب الانفجارات القريبة، على حين اعتُقد أن الدوار أو الدوخة وفقدان التحكم في الذات والرعب ردود أفعال أو استجابات انفعالية ونفسية تراكمية للضغط الناتج عن الحرب (Davison & Neale, 1990, p. 158).

أما في الحرب العالمية الثانية وفي الحرب الكورية فقد لوحظت الأعراض التي كانت تصيب الجنود، كالإرهاق والضجر والملل والأرق والإجفال لأقل صوت، وعدم القدرة على الكلام، والرعب، والذهول، والتهيج، وسميت «استنزاف» Exhaustion القتال أو «إعياء القتال» Combat fatigue، مما وضع

اللوم بوضوح على الظروف الضاغطة الناجمة عن القتال أو المعركة (Davison & Neale, 1990, p. 158). (انظر الفصل الثاني).

الحرب واضطراب الضغوط

تستأثر عينات المحاربين على غالبية دراسات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فقد لاحظ بعض الباحثين أن ٤٠٪ من الدراسات المنشورة عن آثار الصدمة تركز على الجنود المحاربين وأسرى الحرب، ومن ثم فإن معظم ما نعرفه عن اضطراب الضغوط يأتي من دراسة المحاربين. والسؤال المهم هنا مؤداه: إلى أي حد يمكن تعميم هذه النتائج على المجموعات الأخرى من الضحايا؟ الإجابة غير واضحة! (Meichenbaum, 1994, p. 41 ftn.).

ونقدم في الفقرات التالية نماذج لاضطرابات ضغوط نجمت عن الحرب في المقام الأول.

٤ - معسكرات الاعتقال الألمانية في اسكندنافيا

أجريت دراسات تتبعية مهمة للمحاربين من أفراد المقاومة الذين بقوا على قيد الحياة من معسكرات الاعتقال الألمانية في الدنمارك والنرويج، وفي هذه الأثناء كانت الأحوال المعيشية وطبيعة عمل المقاومة في دول اسكندنافيا المحتلة سيئة ومشابهة للحال في هولندا. وقد دَرَسَ عدد من الباحثين جنود المقاومة الذين تعرضوا للسجن من ناحية مشكلات العمل والتكيف لديهم في الستينيات والسبعينيات من هذا القرن. ويلخص جدول (٣٩) نتائج دراساتهم.

وقد أورد هؤلاء الباحثون الاسكندنافيون (ثايجسين، وستروم) بداية الأعراض لدى هذه الحالات بعد سنين عدداً، وبخاصة لدى الأفراد صغار السن. وبمجرد تَكَوُّن هذه الأعراض فإن زملة ما بعد معسكر الاعتقال Post-concentration camp syndrome ظلت ثابتة، ولكن الحالة كانت كثيراً ما تسوء بالتدريج.

كما نشر «أيتنجار، وستروم» عام ١٩٧٣ دراسة على كل النرويجيين الناجين من معسكر الاعتقال في دراسة تتبعية طويلة استمرت بين العامين ١٩٤٥ - ١٩٧٠ (أي ربع قرن). وكانت الغالبية العظمى منهم من المحاربين في المقاومة ضد النازيين، وأظهر أفراد هذه العينة معدلات وفيات أعلى بكثير، وأيام مرض أكثر، وفترات إقامة في المستشفى أطول، وذلك بالمقارنة إلى أفراد العينة الضابطة. (Op den Velde *et al.*, 1993).

ودرس «نيلسين» Nielsen عام ١٩٨٣ كل المحاربين الدنماركيين من أفراد المقاومة الناجين من معسكر الاعتقال في «بورتا - ستاثوف»، وفي عام ١٩٨٠ كان ١٨٧ سجيناً سابقاً ما زالوا على قيد الحياة، وعانى ٦٩٪ من هذه المجموعة من زملة ما بعد معسكر الاعتقال.

جدول (٣٩): النسب المئوية للأعراض لدى جنود المقاومة الاسكندنافيين ممن يعانون من مشكلات عقلية

الأعراض	النرويج (ن = ١٩١)	الدنمارك (ن = ٣٢١)
	٪	٪
١ - التعب	٨٤	٩٢
٢ - ضعف الذاكرة	٨٧	٨٧
٣ - عدم الاستقرار الوجداني	٨٥	٨٥
٤ - الأرق	٦٥	٦٤
٥ - المزاج المكتئب	٣٢	٥٩
٦ - صعوبات التركيز	-	٥٦
٧ - الصداع	٦٠	٥١
٨ - الكوابيس	٥٢	٤٩
٩ - الشيخوخة المبكرة	-	٤٨
١٠ - أعراض القلق	٥٨	٣٥
١١ - سوء استخدام الكحول	١٣	١٢
١٢ - محاولات انتحار	-	٤
١٣ - اضطراب ذهاني	-	٧

عن: (Op den Velde *et al*, 1993).

٥ - المقاومة الهولندية في الحرب العالمية الثانية

المناخ السيكولوجي إبان الحرب العالمية الثانية

في العاشر من مايو عام ١٩٤٠ قام جيش هتلر بغزو هولندا، وقاوم الجيش الهولندي، الذي كانت معداته سيئة، مقاومة عنيدة، ولكنه أُجبر على الاستسلام بعد خمسة أيام، وحدثت هذه الهزيمة بعد القصف العنيف لمدينة «روتردام» ثاني أكبر المدن الهولندية، حيث كان التهديد بإبادة مزيد من المدن أمراً واضحاً.

وَسَمَحَ النازيون في بداية الاحتلال العسكري باستمرار الحياة اليومية بشكل طبيعي، وبعد فترة وجيزة من الزمن أُطلق سراح معظم الجنود الهولنديين المسجونين، ولكن بدأ خلال العام ١٩٤٠ اضطهاد نسبة كبيرة من أفراد المجتمع اليهودي وترحيلهم خارج البلاد. وكان رد فعل المجتمع الهولندي لذلك تزايد الهلع لديه. وفي فبراير عام ١٩٤١، وفي رد فعل لهذا الاضطهاد، تمت الدعوة إلى إضراب عام في «أمستردام» التي كان يعيش فيها معظم اليهود، وكان ذلك هو الإضراب الوحيد من نوعه في أوروبا إبان الحكم النازي، وتم قمع هذا الاضراب بشكل دموي (Op den Velde *et al.*, 1993).

تطور حركة المقاومة:

اتخذت المقاومة التي أخذت في النمو التدريجي ضد الاحتلال النازي لهولندا أشكالا عديدة أهمها مايلي:

١ - **مساعدة الأفراد سراً:** وكانت هذه المساعدة تقدم أساساً لليهود والمراهقين وصغار الراشدين من الذكور الذين رفضوا القيام بالعمل الإجباري في ألمانيا، وأفراد المقاومة من المحاربين ممن كان القبض عليهم مطلوباً، وتلخصت المساعدة في تقديم ملجأ أو مخبأ في المدن والريف، ومساعدة الأفراد في الوصول إليها، ومدهم بالطعام، وتزويدهم ببطاقات شخصية مزورة.

٢ - **إذاعة الأخبار:** قام الألمان لدى احتلالهم لهولندا بفرض رقابة شديدة

على المطابع والإذاعة، وطُبعت صحف ونشرات عديدة بشكل غير قانوني، ووُزعت من قبل الهولنديين، ونشرت فيها الأخبار التي كانت تذاع من محطات الإذاعة البريطانية، وكان يتم حث الهولنديين على الاشتراك في صفوف المقاومة.

٣ - **مساعدة طياري الحلفاء**: وهم الذين تحطمت طائراتهم فوق المناطق المحتلة في هولندا، وتم تقديم ملجأ لهم، ثم نقلهم إلى بريطانيا العظمى بوساطة طرق سرية عبر بلجيكا وفرنسا وأسبانيا والبرتغال.

وتركزت أعمال المقاومة وتمت بشكل متواضع في الجوانب الآتية:

أ - **التجسس**: نشأ عدد من مجموعات التجسس لجمع معلومات في كلا المجالين: العسكري والاقتصادي، وكانت تقاريرهم تُرسَل إلى بريطانيا العظمى عن طريق الجواسيس أو الرسائل السرية بالراديو.

ب - **المقاومة المسلحة**: كانت هولندا - حتى في ذلك الوقت - بلداً مزدحماً بالسكان، بحيث كانت حرب العصابات الحقيقية غير ممكنة، وكان رجال المقاومة المسلحون يعيشون عادة في منازلهم، وكانوا يُستدعون فقط للعمل في مجموعات صغيرة للقيام باعتداءات خاصة، وحدثت الاعتداءات المسلحة ضد المحتلين بمعدل بسيط، وكان رد فعل النازيين للهجمات المسلحة ضد الجنود الألمان بالانتقام الشديد في شكل إعدام الأبرياء.

المشاركون في المقاومة:

اشتملت حركة المقاومة على مجموعات متغايرة وغير متجانسة إلى حد بعيد، تعمل معاً لتحقيق هدف مشترك، ومن ثم فقد عرَّضوا أنفسهم للأخطار نفسها. وشارك في المقاومة الرجال والنساء والصغار والكبار، ولم يقم الأفراد الأصحاء فقط بهذا العمل بل قام الضعاف أيضا بدورهم. وتُعَدُّ كل طبقات المجتمع الهولندي قبل الحرب ممثلة في المقاومة، على الرغم من أن ما يقرب من ٤٪ فقط من تعداد السكان هم الذين دعموا الحركة، أو قاموا بدور فعلي في عمل المقاومة. وفي نهاية عام ١٩٤٣ أصبحت المقاومة حركة أكبر، وجيدة التنظيم نسبياً، ولها

تنظيم عام لإصدار الأوامر وتلقيها، وخطوط اتصال جيدة التحديد. وكان لمعظم محاربي المقاومة إعداد ضعيف بشكل عام، فهم مسلحون بطريقة سيئة بالنسبة للمهمة غير العادية التي يتعين عليهم القيام بها، وكان قلة من الأفراد قد تلقوا تدريباً عسكرياً سابقاً، وقد تم توقيف كثير من الموالين للحركة وقُبض عليهم بسبب الإهمال أو الخيانة، ولم يبق كثير منهم على قيد الحياة، وتم استجوابهم بطريقة قاسية، ثم نُفِّذ فيهم حكم الإعدام أو وُضعوا في معسكرات الاعتقال حيث ماتت نسبة كبيرة منهم.

الآثار النفسية والضغوط في عمل المقاومة:

يمكن تصنيف الخبرات الصدمية الكثيرة التي كان على محاربي المقاومة مواجهتها كمايلي:

(١) التوتر الناجم عن عمل المقاومة ذاته:

كانت حياة الفرد المشارك في المقاومة وكذلك حياة أفراد أسرته في خطر دائم، ولم يكن محاربو المقاومة منشغلين فقط بمصير عائلاتهم، ولكنهم كانوا مجبرون على إخفاء كل المعلومات عن الأنشطة السرية عن أقرب الناس إليهم. وفضلا عن كل ذلك فهناك الخوف الدائم من الخيانة.

وقد واجه الأفراد المنتمون إلى الديانة المسيحية الأورثوذكسية بوجه عام متاعب صراع الضمير نتيجة اشتراكهم في المقاومة، لأنهم كانوا يُضطرون كثيراً إلى القيام بأعمال متطرفة تتضمن العنف، بما يتعارض أساساً مع تنشئتهم الدينية.

(٢) الزمن المنقضي في السجن أو المؤسسة العقابية أو معسكر الاعتقال:

تعرض الأفراد في هذه الأماكن للتعذيب، كما تضمنت الضغوط أيضاً الخوف من قطع الرأس، والزمن المنقضي في طابور الموت، والمشاعر المصاحبة التي تعذب الفرد، والمتعلقة بالخضوع والشك، ورؤية الزملاء يُشنَقُون أو يُضْرَبُون حتى الموت.

وكانت غالبية المساجين الهولنديين في معكسر اعتقال «داشا» Dachau مثلاً من العاملين في المقاومة، وضم هذا المعسكر ١,٣٦٦ سجيناً ذكراً، وقد مات منهم ٦٩٧ قبل نهاية الحرب العالمية الثانية.

المناخ السيكولوجي بعد الحرب:

حاول الناس على المستوى الفردي والجمعي أن ينسوا - بعد الحرب - السنين الخمس المرعبة التي قضوها تحت الاحتلال، وبذلوا قصارى جهدهم لإعادة بناء بلدهم، وعلى الرغم من أن كثيراً من جنود المقاومة الناجين قد وجدوا أسرهم سالمة لم تتعرض لأذى عند الالتحاق بهم بعد أن توقفت الحرب، فإن كثيراً من هؤلاء الجنود كانوا يعانون من مشاعر الذنب الناجم عن بقائهم وفقد زملاء لهم في المقاومة.

وقد تم الترحيب بالجنود وبحارة الجيش العائدين إلى الوطن بوصفهم أبطالاً ومُحرِّرين، بعد هزيمة النازية، فأعاد هؤلاء توافقهم بيسر للمجتمع بوجه عام. ولكن موقع جنود المقاومة كان أكثر تعقيداً، فكانت الغالبية العظمى من المجتمع تعارض بقوة سلوك المحتل الألماني، ولكن عدداً قليلا منهم فقط قاموا في الحقيقة بمقاومة إيجابية، ولم يكن لدى معظم الناس الشجاعة للمخاطرة بحياتهم في سبيل هذه المثاليات كالحرية والعدل. ومن ثم كان المركز الاجتماعي لجنود المقاومة مُزعِجاً ومُهاجَماً مع ردود أفعال ومشاعر متناقضة متضاربة، **فلم يُعْجِبْ معظم الناس أن يُذكِّرهم أَحَدٌ بجبنهم**، ونجم عن ذلك أن محاربي المقاومة بوصفهم جماعة خاصة من الناس قد تم تجاهلهم، وهذا الاتجاه الخفي الذي يحمل التجاهل كان موجوداً لدى رجل الشارع كما هو الحال في المستويات العليا من الحكومة، ونتيجة لذلك فقد تعلم معظم محاربي المقاومة أن يصمتوا فيما يخص خبراتهم في أثناء الحرب، وقد شعروا في حضرة زملائهم في المقاومة وفي تجمعات الأصدقاء فقط بالأمان إلى درجة التعبير عن انفعالاتهم العميقة، وأسفرت هذه القيود عن مشاعر

العزلة والرفض من المجتمع بوجه عام، وظهر نوع من مؤامرة الصمت. وأدى كل ذلك إلى تأثير سلبي على تكيفهم للخبرات الصدمية السابقة.

الدراسة:

اشترك في هذه الدراسة (انظر: Op den Velde *et al.*, 1993) ١٤٧ ذكراً هولندياً من جنود المقاومة السابقين، كانت أعمارهم في أثناء الحرب العالمية الثانية تتراوح بين ١٥ و٢٥ عاماً، في حين كانت أعمارهم إبان هذه الدراسة تتراوح بين ٦٠ و٧٥ عاماً. وقد مُنِحَ كل هؤلاء الجنود معاش تقاعد حكومياً خاصاً، اعتماداً على العجز الذي أصابهم خلال الحرب، سواء أكان هذا العجز عقلياً أم جسمياً، جزئياً أم كاملاً، وتعرض معظم هؤلاء المحاربين لفترات طويلة وشديدة من ضغوط الحرب، وقد تم توثيق الخبرات الصدمية للحرب بالنسبة لهم، مثل مدة اشتراكهم في المقاومة، والوقت الذي قضوه في السجون الألمانية وفي معسكرات الاعتقال. ووُثِّقت هذه المعلومات بطريقة موضوعية وبوساطة تقارير شهود متعددين ومستقلين، وكان ذلك جانباً أساسياً في الطلب الذي كانوا يقدمونه للحصول على راتب (معاش) التقاعد الخاص بجنود الحرب.

وطُبِّق على هذه العينة «استخبار ماسترخت» Maastricht Questionnaire ويشتمل على ٢١ بنداً، كما قيست أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، اعتماداً على الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج هذه الدراسة أن هذه العينة من جنود المقاومة لهم مستوى مرتفع نسبياً من التعليم، متوسط أعمارهم ٦٤,١ عاما، ٩٣,٩٪ منهم متزوجون، ٩٤,٥٪ منهم يتقاضون راتب التقاعد نتيجة عجز جزئي، ولدي كثير منهم مشكلات أسرية، وارتفاع في معدلات الطلاق، ويبين جدول (٤٠) انتشار اضطراب الضغوط في هذه العينة.

جدول (٤٠): انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى جنود المقاومة الهولندية في أثناء الحرب العالمية الثانية

اضطراب الضغوط	٪	ن
اضطراب الضغوط موجود حالياً	٥٥,٨	٨٢
اختفاء أعراض اضطراب الضغوط وشفائها	٢٧,٩	٤١
عدم الإصابة مطلقا باضطراب الضغوط	١٦,٣	٢٤
المجموع	١٠٠,٠	١٤٧

وتثير فئة «اختفاء الأعراض وشفائها» مشكلات جمة، لأن تحديد ذلك تم اعتماداً على استرجاع المريض وتقريره الذاتي. وتشير النتائج الواردة في جدول (٤٠) إلى أن ٨٣,٧٪ من أفراد هذه العينة قد أصيبوا باضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويُعَدُّ ذلك معدلاً مرتفعاً جداً.

ثم قام الباحثون بمقارنة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة في مجموعة المفحوصين الذين حققوا حالياً المحكات التشخيصية للاضطراب (ن = ٨٢) بالمجموعة التي لم تحقق المحكات التشخيصية حاليا (ن = ٦٥). ويبين جدول (٤١) هذه النتائج، التي تشير إلى أن كثيراً من جنود المقاومة يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة المزمن، بحيث بحثوا عن المساعدة الطبية، نتيجة شكاوي عامة وغير محددة مثل التعب والإجهاد غير العادي، والنقص في تحمل الجهد، ونقص المبادأة، ويلاحظ من الجدول نفسه أن جميع الفروق في الأعراض جوهرية إحصائيا بين المجموعتين: من لديهم الاضطراب حاليا ومن ليس لديهم هذا الاضطراب في الوقت الراهن.

جدول (٤١): النسب المئوية للتقديرات الإكلينيكية لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الوقت الراهن لدى الناجين من معسكرات الاعتقال الألمانية في هولندا اعتمادا على الدليل التشخيصي الثالث المعدل

الأعراض	اضطراب الضغوط الحالية	لا اضطراب ضغوط حاليا	الدلالة الإحصائية
- عدد المفحوصين	٨٢	٦٥	
- ذكريات تقتحم الفكر	٩٠,٢	٢١,٩	< ٠,٠٠٠
- أحلام معاودة	٦٥,٩	٢٢,٢	< ٠,٠٠٠
- التصرف أو الشعور المفاجىء وكأن الحوادث الصدمية تحدث مرة ثانية	٥٩,٨	١٠,٩	< ٠,٠٠٠
- تناقص الاهتمامات	٤٨,٨	٦,٣	< ٠,٠٠٠
- مشاعر الانفصال	٥٦,٨	١٠,٩	< ٠,٠٠٠
- تقلص الوجدان	٦٣,٠	١٢,٧	< ٠,٠٠٠
- اليقظة الزائدة	٧٢,٨	٣٧,٥	< ٠,٠٠٠
- اضطرابات النوم	٨٦,٦	٤٣,٨	< ٠,٠٠٠
- مشاعر الذنب	٦٣,٠	٢٧,٠	< ٠,٠٠٠
- ضعف الذاكرة	٦٦,٧	٣٠,٢	< ٠,٠٠٠
- تجنب الإشارات التي تسبب الصدمة	٦٦,٧	٤٠,٦	< ٠,٠٠٢
- شدة الانفعالات عند التعرض لحوادث تشبه الصدمة	٩٠,١	٥٤,٨	< ٠,٠٠٠

عن: (Op den Velde *et al.*, 1993).

الأحداث الصدمية في معسكر الاعتقال:

عاش المسجونون من جنود المقاومة الهولندية في هذه المعسكرات حياة غاية في الصعوبة والمشقة، ومن المعروف الآن أن الإقامة في معسكرات الاعتقال النازية خبرة صدمية مرعبة بدرجة شديدة، فقد بقي على قيد الحياة واحد فقط من كل ثلاثة في هذه المعسكرات. ومر هؤلاء الناجون بخبرات لا حصر لها تعد جميعاً تحت الظروف السوية تماماً، كما يُعد كل من هذه الظروف لو فحصناه وحده،

خارج نطاق المدى السوي للخبرات الإنسانية العادية، بحيث يتسبب في اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وبالإضافة إلى كل ذلك فقد تعرض نزلاء معسكر الاعتقال إلى أخطار بدنية قاسية، ناتجة عن سوء التغذية، والإصابات التي أُلحقت بهم نتيجة الضرب المتكرر، والإجهاد الذي تسبب عنه العمل الشاق، والمشقة الناجمة عن الشتاء البارد دون مأوى مناسب ولا ملابس كافية، فضلا عن الأمراض المُعْدِية. ومن الممكن أن يُعد شفاء كثير من الناجين عبر الزمن معجزة فعلاً، وحقيقةُ أن بعضهم لم يطور أية علامات واضحة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أو أي اضطراب عقلي آخر تعد معجزة أيضاً.

ولقد دهش الباحث القائم بالمقابلة الشخصية مع جنود المقاومة إذ وجدهم متواضعين وخجولين، ولديهم خزي أكثر من الفخر، مع شعور شديد بعدالة موقفهم، ويمكن أن يقال: إن معظمهم من الشخصيات من نمط «أ» الذي يتسم بالنشاط الشديد (Op den Velde *et al.*, 1993).

٦ - موجز للآثار البعيدة المدى لصدمة الحرب

أجريت دراسات مستفيضة على الآثار التالية أو قريبة المدى Short-term للصدمات ومنها الحروب، ولكن الدراسات أقل بالتأكيد على الآثار البعيدة المدى Long-term الناجمة عن صدمة الحرب.

ويلخص «ويلسون، ورافائيل» (Wilson & Raphael, 1993, p. 214) بعض الدراسات عن الصدمة المرتبطة بالحرب العالمية الثانية لدى بعض الناجين منها بعد تعرضهم لظروف ضاغطة شديدة جداً كالأسر والتعذيب ومعسكرات الاعتقال، وذلك بعد ما يقرب من نصف قرن من حدوث هذه الكوارث. ويلخص جدول (٤٢) أهم نتائج هذه الدراسات.

جدول (٤٢): الآثار البعيدة المدى للصدمة الناتجة عن الحرب العالمية الثانية في خمس دراسات متوسط أعمار عيناتها ٦٥ عاماً تقريباً

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج
١ - جنود المقاومة الهولنديين ضد الاحتلال النازي	أحلام متكررة انفصال اضطراب النوم الذنب مشكلات في الذاكرة الوجدان المحدود الاكتئاب الاغتراب	٨٤٪ معدل اضطراب الضغوط شيوع الإنهاك الحيوي مشكلات زواجية ارتفاع معدل الطلاق
٢ - أسرى الحرب الاستراليون الذين أسرهم اليابانيون	سوء استخدام الكحول القلق الاكتئاب أعراض اضطراب الضغوط	مشكلات طبية كثيرة الاكتئاب فترات متعددة من المشكلات النفسية القلق
٣ - ضحايا المحرقة التي أقامها النازيون لليهود	أعراض اضطراب الضغوط المرتبطة بالمحرقة أعراض التقدم في العمر (كالاكتئاب مثلا)	الناجون الذين تلقوا دعماً اجتماعياً لديهم صحة نفسية أفضل كشف الذات للمقربين إعادة تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية المرتبطة بالصحة
٤ - المدنيون الفرنسيون الذين عاشوا في منطقة الألزاك - اللورين وتآمروا مع الجيش الألماني، ثم أسرهم الجيش الروسي، واعتُقلوا خطأ على أنهم أسرى ألمان.	ذكريات مقتحمة الاكتئاب القلق الاغتراب اضطراب النوم الغربة لعدم تمثل المعايير المقبولة الكوابيس	٨٩٪ كوابيس ٨٢٪ تخيلات مقتحمة ٣٢٪ ذنب ناتج عن النجاة ٧٣٪ تجنب مستمر ٧١٪ تصور قصر الحياة ٧٦٪ اضطراب النوم ٧٥٪ استجابة الإجفال
٥ - الناجون الأمريكان من الهجوم الياباني على ميناء «بيرل هاربر»	ذكريات مقتحمة الفخر الجماعي هوية الناجين	٨٩٪ كوابيس وأحلام ٨٧٪ تخيلات مقتحمة ٤٢٪ ذنب ناتج من النجاة ١٧٪ تجنب مستمر ٢٤٪ استجابة الإجفال

عن: (Wilson & Raphael, 1993).

٧ - آثار صدمة الحرب والعنف

قام «ويلسون، ورافاييل» (Wilson & Raphael, 1993, p. 276 f) بتلخيص عدد من الدراسات التي أجريت بعد الحرب العالمية الثانية وحتى الآن، والتي يمكن وضعها تحت عنوان: صدمة الحرب والعنف في المجال المدني. ويوجز جدول (٤٣) أهم هذه النتائج.

جدول (٤٣): موجز لأهم الدراسات على صدمة الحرب والعنف بعد الحرب العالمية الثانية وحتى الآن

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج
١ - المحاربون الأمريكيون في فيتنام	اضطراب الضغوط الاكتئاب الإدمان على الكحول الغضب الأسى الخزي	٢٦,٧٪ معدل اضطراب الضغوط على مستوى قومي.
٢ - أسرى الحرب الأمريكيين في فيتنام وعائلات هؤلاء الأسرى	اضطراب الضغوط الاكتئاب تغيرات في الشخصية الخدر النفسي	عدم استقرار العائلات. معدل طلاق مرتفع. حالات نفسية يتم التحكم فيها بشدة. فترات طويلة المدى من إعادة التوافق.
٣ - المحاربون الإنجليز في جزر «فوكلاند»	اضطراب الضغوط القلق الغضب الاكتئاب الاغتراب الخدر صراع في العلاقات الشخصية	٦٠٪ معدل اضطراب الضغوط. ارتباط بين الإصابة في الحرب واضطراب الضغوط. ٦٨٪ يعزون المشكلات الراهنة إلى الحرب. ٥٤,٧٪ اضطراب كما يظهر في استخبار الصحة العامة.

تابع جدول (٤٣): موجز لأهم الدراسات على صدمة الحرب والعنف بعد الحرب العالمية الثانية وحتى الآن

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج
٤ - اللاجئون في جنوب شرق آسيا (الكمبوديون، واللاويون المقيمون في لاوس والفيتناميون)	الاكتئاب الكوابيس الخدر استجابة الإجفال الخزي فقدان الشهية اضطراب النوم التجنب	٨٥٪ معدل اضطراب الضغوط. معدل مرتفع للوفاة. استخدام مفيد للعقاقير الثلاثية المضادة للاكتئاب. الحاجة إلى عاملين في الصحة النفسية عبر الثقافات.
٥ - الجنود الإسرائيليون المحاربون في لبنان عام ١٩٨٢ (دراسة الفترة بين عامي ١٩٨٣ - ١٩٨٦)	الخدر النفسي رد فعل القلق الذنب الاكتئاب الأعراض النفسية الجسمية العدوانية	٦٢٪ معدل اضطراب الضغوط في دراسة تتبعية مدتها عام واحد. تناقص الأعراض بمرور الزمن. ارتباط اضطراب الضغوط بالضيق والألم النفسي الطبي العام. مزيد من اختلال الوظائف الاجتماعية مع اضطراب الضغوط. زيادة في استخدام الكحول والسجائر.
٦ - المدنيون في حرب سرى لانكا (دراسة الفترة بين عامي ١٩٨٣ - ١٩٨٨)	التعب الخيالات المقتحمة اضطراب النوم ضعف التركيز القلق والخوف عدم الثقة الصداع	انتشار اضطراب الضغوط. مدي واسع من الشكاوي النفسية الطبية. لا زيادة في معدلات الدخول للمستشفى. المشكلة الأساسية التي عانى منها المرضى: ردود الفعل للضغوط.
٧ - اللاجئون نتيجة الحرب الأهلية الأفغانية	القلق الاكتئاب اضطراب الضغوط الاغتراب	صغار الراشدين هم أكثر مجموعة تأثرت بشدة. اضطراب نفسي طبي مرتفع للاجئين الجدد. القلق والاكتئاب شائعين كثيراً. يبدو أن معدل اضطراب الضغوط مرتفع. تناقص الأعراض بمرور الزمن.

تابع جدول (٤٣): موجز لأهم الدراسات على صدمة الحرب والعنف بعد الحرب العالمية الثانية وحتى الآن

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج
٨ - العنف السياسي في شمال أيرلندا (بين عامي ١٩٦٨ - ١٩٩٣)	القلق الاكتئاب شكاوي نفسية طبية عامة	رد فعل الضغوط هو المشكلة الأساسية لدى الراشدين. قابلية الأطفال للمشكلات السلوكية.
٩ - ضحايا العنف المدني في شمال أيرلندا	الاكتئاب القلق أعراض اضطراب الضغوط اضطراب النوم التركيز الضعيف استجابة الإجفال تقييد الوجدان	٢٣,٢٪ معدل اضطراب الضغوط. ارتباط اضطراب الضغوط بخطر الانتحار. زيادة سوء استخدام الكحول. عدم الانسجام الزواجي. ارتباط الاكتئاب باضطراب الضغوط.
١٠- ضباط البوليس الإنجليز الذين يستخدمون الأسلحة النارية	الاكتئاب القلق أعراض اضطراب الضغوط الاغتراب اضطراب النوم التقلب الانفعالي الانسحاب الاجتماعي زيادة إفراز العرق مشكلات في التركيز	٦٧٪ معدل اضطراب الضغوط. ٦٠٪ تشوه إدراكي في أثناء إطلاق الرصاص.

عن: (Wilson & Raphael, 1993).

وبعد أن عرضنا لنموذج الحروب بوجه عام، نعرض نموذجاً لحرب ذات علاقة خاصة باضطراب الضغوط، وهي حرب فيتنام، وهذا هو موضوع الفصل التالي.

* * *

الفصل الخامس عشر
نموذج لصدمة حرب فيتنام

تمهيد

١ - ضغوط القتال في حرب فيتنام.

٢ - الطبيعة الخاصة للحرب في فيتنام.

٣ - خسائر الأمريكيين في حرب فيتنام.

٤ - معدلات انتشار اضطراب الضغوط.

٥ - اضطراب الضغوط عند المحاربين العائدين من فيتنام.

أ - الضغوط الصدمية التي واجهها المحاربون.

ب - الآثار النفسية لحرب فيتنام على المحاربين.

جـ - ردود الفعل الذاتية لضغوط الحرب.

د - العوامل الأساسية لأعراض المحاربين في فيتنام.

٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتأخر عند المحاربين.

٧ - العوامل المهيئة لاضطراب الضغوط.

٨ - الآثار النفسية المترسبة لدى أسرى الحرب في فيتنام.

الفصل الخامس عشر

نموذج لصدمة حرب فيتنام

تمهيد

عرضنا في الفصل السابق الضغوط الصدمية الناتجة عن بعض الحروب بوجه عام، ونعرض في هذا الفصل للضغوط الناجمة عن الحرب التي استأثرت بأكبر قدر من البحوث في اضطراب الصدمة.. ألا وهي حرب فيتنام، وليس هذا فحسب، بل إن هذه الحرب وما نجم عنها من آثار وضحايا كانت السبب الرئيس في بلورة اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD وإفراد تشخيص طبي نفسي له في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III للاضطرابات العقلية الصادر عام ١٩٨٠ وما تلاه من تعديلات.

ويقدم هذا الفصل لضغوط القتال في حرب فيتنام، والطبيعة الخاصة لهذه الحرب، والخسائر الناجمة عنها في الأرواح والأمراض والآثار السلبية المتعددة، ومعدلات انتشار اضطراب الضغوط، والآثار النفسية لدى المحاربين، وردود أفعالهم الذاتية، والأعراض التي أصيبوا بها وشكوا منها، والأرجاع المتأخرة لاضطراب الضغوط، والعوامل المهيئة له، والآثار المترسبة لدى الأسرى في هذه الحرب. ونبدأ بنبذة عن ضغوط القتال.

١ - ضغوط القتال في حرب فيتنام

من الغريب أن حرب فيتنام قد تسببت في البداية بالنسبة للأمريكيين في اضطرابات نفسية أقل بكثير من نظيرتها في الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية، فقد ظهرت هذه الاضطرابات عند: ١,٥٪ في فيتنام، مقابل ١٠٪ في الحرب العالمية الثانية. وقد يرجع ذلك إلى أن الخدمة العسكرية في فيتنام كانت متقطعة ومحدودة في الزمن، فكانت الخدمة العسكرية لمدة عام واحد فقط، وكان كل جندي يعرف التاريخ المتوقع لعودته إلى بلاده من ميدان الحرب، وعند هذا التاريخ فإنه يتعين ألا يذهب إلى المعركة بعد ذلك، ويجب أن يساعده هذا التاريخ

على أن يهيىء نفسه لهذا العام الواحد من الخدمة العسكرية، وعليه أن يركز طاقاته ويبذل جميع جهوده للحفاظ على حياته (Davison & Neale, 1990, p. 159).

وعلى الرغم من ذلك فبعد عودة الرجال إلى وطنهم بشهور أو سنين قليلة ظهرت أعراض الضيق والاضطراب، وفضلا عن ذلك فإن كثيراً من هؤلاء المحاربين القدماء قد عادوا من الجبهة بمشكلات متصلة بإدمان العقاقير وغيرها، وتساءل كثيرون: هل هؤلاء الرجال متمارضون؟ هل يمكن أن نعدهم إلى حد ما ضعافاً أو كسالى أو عاجزين عن العودة إلى الحياة المدنية أو غير مرحبين بذلك؟ (Davison & Neale, 1991, p. 159).

وعند هذا الوقت - وعندما انتهت حرب فيتنام عام ١٩٧٥ - لم تكن هناك وحدة إكلينيكية تجمع الأعراض التي كان يشكو منها مثل هؤلاء الجنود بعد عودتهم، بحيث تضم هذه الوحدة الإكلينيكية أعراض هذا الاضطراب في فئة تشخيصية واحدة.

وقد سَهَّلَ إدراج اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث عام ١٩٨٠ على المحاربين القدامى في فيتنام أن يحصلوا على المساعدة الطبية النفسية، فقد اعترف الممارسون والباحثون بأن لدى هؤلاء الجنود اضطراباً نفسيا محدداً، وتركز علاجهم على ضغوط الحرب ذاتها، أي الضغوط الناتجة عن المعركة أو القتال، وليس على أيّ ضعف انفعالي يُفترض وجوده قبل الحرب (Davison & Neale, 1991, p. 159).

واعتماداً على الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ظهر أن هناك مجموعة كبيرة من مقاتلي الحرب الفيتنامية يعانون بالتأكيد من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فمن بين ٢,٨ مليون محارب من الرجال والنساء الذين خدموا في فيتنام، فإن عدداً يتراوح بين نصف مليون، و١,٢ مليون جندي قد عانوا من هذا الاضطراب. وحصل على تشخيص «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» نسبة كبيرة من المرضى الذين يبحثون عن العلاج، ووصلت هذه النسبة إلى ٧٠٪ من

المحاربين الذين اشتركوا في القتال وجُرحوا، و٢٥٪ لدى أولئك الذين تعرضوا للحرب بشكل بسيط (Wilson, O'Leary & Nathan, 1992, p. 114).

وظهرت كذلك نتيجة مهمة مؤداها أن الجنود الذين شاهدوا قتالاً عنيفاً كانوا أكثر اضطرابا من الذين شاهدوا قتالاً بسيطاً، كما اتضح أن الحرب تؤدي إلى مشكلات نفسية، حتى وإن تأخرت هذه الاستجابات، وحتى بعد أن يعود الجنود إلى الحياة المدنية (Davison & Neale, 1990, p. 159).

٢ - الطبيعة الخاصة للحرب في فيتنام

لم تكن حرب فيتنام حرباً نظامية كغيرها من الحروب، بل صراعاً حارب فيه الجنود الأمريكان ضد جيش ثوري وطني، يحارب بطرق شتى أهمها حرب العصابات، وكان لهذه الحرب طبيعة خاصة جداً، وأدت الطبيعة السرية لهذه الحرب إلى وحشية شديدة من كلا الجانبين، وأصاب القوات الأمريكية شعور بالعجز لعدم قدرتهم على مواجهة عدوهم في معارك تضم مجموعات من المقاتلين بأسلحتهم. لقد كان يطاردهم شبح إطلاق الرصاص عليهم وشبح موت أصدقائهم، كما كان يُعجِّزهم قوات لا يرونها فعلا، كل ذلك ولَّد غضباً شديداً انتقل إلى أي شخص وأي شيء متاح لهم.

ونظر الأمريكيون المقاتلون إلى الفيتناميين نظرة غير إنسانية، وزاد في هذه النظرة الفروق الحادة في العنصر واللغة والحضارة والتهديد المتكرر، حتى إن الأمريكيين كانوا ينظرون إلى الفيتنامي الذي يبدي مظهراً لطيفاً على أنه يمكن في الحقيقة أن يكون عدواً (De Fazio, 1978).

انظر إلى هذه القصة الواقعية التي يحكيها أحد الجنود:

«كان هذا الطفل الصغير يجري عبر الممر الوعر في اتجاهنا، وصاح بي الضابط يأمرني أن أضربه بالرصاص، ولكني تجمدت في مكاني وتَسمَّرت مفكراً في أنني لا يمكن أن أطلق الرصاص على هذا الطفل الصغير... يا إلهي! إنه لا يحاول أن يؤذي أياً منا. ورفع

الضابط بندقيته الخاصة بسرعة وأطلق الرصاص على الطفل في صدره تماما بما لا يبعد عنا بمقدار عشرين ياردة (حوالي ١٨ متر). وراح الطفل يتشقلب في الهواء، وكان صغيراً جداً، وانفجر الطفل وتقطعت أوصاله.. فقال لي الضابط: أرأيت؟ لقد كانت هناك متفجرات ملفوفة على جسمه عن طريق قوات «فيت كونج»... ولكن مع ذلك لم أستطيع التخلص من منظر الطفل وهو يجري، ويُضرب بالرصاص ثم ينفجر أمام وجهي. وفكرت: «أي نوع هذه الحرب التي يُستخدم فيها الأطفال الصغار ليَقتلوا ويُقتلوا؟» (Scurfield, 1993).

وفيما يلي حالة أخرى من المحاربين القدامى في فيتنام يقول صاحبها:

«عندما تركنا قاعدة إطلاق النار كان هناك قرية صغيرة إلى اليمين توجد في طريقنا قبل أن ننطلق إلى الطريق السريع رقم (١). وكانت هناك كومة من الأجساد ترقد على الطريق، وكانوا إخوة وأمهم، وكان يتعين علينا أن نقود السيارة فوق أجسادهم حتى نخرج من هذا المكان... وقد عاودتني رؤية المنظر ذاته عندما كنت أستعد للنوم، فكنت أرى مرارا منظر هؤلاء الإخوة وأمهم» (Brende & Parson, 1985, pp. 46-47).

٣ - خسائر الأمريكيين في حرب فيتنام

بدأ التدخل الأمريكي في فيتنام عام ١٩٦٤، وانتهى في عام ١٩٧٥، وبذلك انتهت واحدة من أكثر الحروب تكلفة في التاريخ الأمريكي، اشترك فيها ثمانية ملايين ونصف مليون رجل وامرأة من القوات المسلحة، عاد أكثر من سبعة ملايين منهم إلى الحياة المدنية، ومات منهم ٥٦,٠٠٠ في فيتنام، ولم تتوقف الخسائر بعد أن وضعت الحرب أوزارها، بل استمرت التكلفة البشرية ليس في شكل الوفيات ولكن في صورة العجز النفسي الناتج عن الخبرات المرتبطة بالحرب.

لقد أسفرت حرب فيتنام - في نهاية عام ١٩٧٠ - عن ١٨,٠٠٠ أرملة، و١٢,٠٠٠ يتيم، وفي العام نفسه (١٩٧٠) حُرِمَ ربع مليون أمريكي تقريباً من أحد

أفراد أسرته نتيجة موته في فيتنام، وتضمن هذا الرقم ٣٠,٠٠٠ أرملة ويتيم، و٨٠,٠٠٠ والد ووالدة، و ٦٠,٠٠٠ جد أو جدة فقدوا أحد أبنائهم أو أحفادهم. كما كان لدى ٧٥٠,٠٠٠ أمريكي آخر أحد أفراد الأسرة الذين أصيبوا إصابة خطيرة في فيتنام.

واعتماداً على بيانات مستقاة عام ١٩٧١ فإن المحاربين الذين هم علي قيد الحياة من كل الحروب يمثلون ١/٨ (أي ثُمْن) سكان الولايات المتحدة. وتمثل أسرهم ثلث السكان تقريباً (Figley, 1978).

ويلخص «ميشنباوم» كثيراً من الدراسات فيقول: إنه خدم في جنوب شرق آسيا في أثناء حرب فيتنام ٣,١٤ مليون* رجل وامرأة، واشترك ٣٦٪ منهم في أنشطة حربية ذات مستوى مرتفع في هذه المنطقة، وقرر ٢٠٪ منهم أنهم شهدوا الأعمال الوحشية الفظيعة. ومات في فيتنام ٥٨,٠٠٠* جندي أمريكي تقريباً، وجُرِحَ ٣٠٠,٠٠٠، وأصيب ٧٥,٠٠٠ بعجز خطير.

وعلى الرغم من أن كل الحروب تعد حوادث مروعة، فإن حرب فيتنام بوجه خاص - من وجهة النظر الطبية النفسية - تعد فظيعة جداً وسيئة تماماً. ويقارن «أوبريان» O'Brien بين حرب الخليج وفوكلاند وبين فيتنام، فيذكر أن حرب الخليج كانت قصيرة نسبياً، وهجومية، وليس فيها تهديد مباشر للمنزل والأسرة، كما ضمت - في المقام الأول - الجنود المحترفين، وكان العدو محدداً تحديداً واضحاً، وعلى العكس من ذلك فقد اشتملت حرب فيتنام على ٤٠٪ ممن اختيروا عن طريق القرعة، وكان العدو غير محدد أو سيىء التحديد، وكان الدعم قليلا من الوطن، وقد فَرَضت هذه الحرب ضريبة باهظة على كلا الجانبين.

وتورد التقارير أنه كان هناك ٩٠٠,٠٠٠ جريح فيتنامي، وحوالي ٢٥٠,٠٠٠ قتيل، و٣٠٠,٠٠٠ فُقدوا خلال الأحداث و١٠٠,٠٠٠ سُجنوا أو احتُجزوا، ومن

(*) هناك فروق في الأعداد التي يورها كل من «فجلي» في صدر هذه الفقرة والأعداد التي يوردها «ميشنباوم»، ويغلب أن يرجع ذلك إلى اختلاف التاريخ والمصادر.

٦ - ١٠ مليون أعيد تسكينهم. وحتى تقارن هذه الإحصاءات بالحروب السابقة، فقد كان معدل حوادث القتل والجرح للمدنيين ٥٪ في الحرب العالمية الأولى، وكان معدل حوادث القتل والجرح للمدنيين ٥٠٪ في الحرب العالمية الثانية، على حين وصل هذا المعدل في فيتنام للمدنيين إلى ٨٠٪.

وفي الطرف الآخر، فإن ١٥,٢٪ من الجنود الأمريكيين الذين حاربوا في مسرح العمليات مصابون باضطراب الضغوط حالياً، ويصل معدل اضطراب الضغوط عندهم طوال الحياة ضعف المعدلات الحالية. وتقابل هذه النسبة ٤٥٠,٠٠٠ رجل من بين ٣,١٤ مليون جندي من الذين خدموا في فيتنام، وكانوا في مسرح العمليات بين ٥ أغسطس ١٩٦٤، و٧ مايو ١٩٧٥. كما أصيب باضطراب الضغوط ٢,٥٪ من الجنود الأمريكيين في فيتنام والذين كانوا في غير منطقة الحرب.

وبالنسبة للنساء اللاتي كن يخدمن في مسرح العمليات في فيتنام فقد أصيب ٨,٥٪ منهن باضطراب الضغوط حالياً، وتمثل هذه النسبة تقريباً ٦١٠ سيدة من ال ٧٢٠٠ اللاتي خدمن آنذاك، أما النساء اللاتي وُجدن في فيتنام في منطقة حرب خطرة فقد وصل معدل اضطراب الضغوط لديهن إلى ١٧,٥٪، وقرر ٢,٦٪ منهن إصابتهن باضطراب الضغوط في مرحلة ما من مراحل حياتهن. ووصل معدل اضطراب الضغوط لدى النساء طوال عمرهن وحتى العمل في مسرح العمليات الحربية إلى ٢٦٪، على حين وصل معدل اضطراب الضغوط في المدة ذاتها لدى الرجال المحاربين إلى ٣٠٪، وعندما تُجمع إحصاءات اضطراب الضغوط الجزئية والكاملة فإن حوالي نصف (٤٨٪) النساء المحاربات قد عانين في مرحلة ما من أعراض مرتبطة باضطراب الضغوط، على حين وصل معدل اضطراب الضغوط لدى النساء اللاتي خدمن خارج فيتنام إلى ١,١٪.

وبالإضافة إلى ذلك فإن ١١,١٪ من المحاربين الذكور في فيتنام و٧,٨٪ من النساء في مسرح العمليات (أي ٣٥٠,٠٠٠ من الجنسين) يعانون حالياً من اضطراب جزئي للضغوط التالية للصدمة Partial PTSD، أي أن لديهم أعراض الاستجابة للضغوط واضحة من الناحية الإكلينيكية، إلا أنها ذات شدة أو مدى

غير كاف لتحقيق المحكات الكاملة لاضطراب الضغوط، ولكنهم يمكن أن يظلوا في حاجة إلى الرعاية المهنية.

وتشير تحليلات الدراسة القومية لإعادة توافق المحاربين في فيتنام NVVRS إلى أن انتشار الإصابة باضطراب الضغوط طوال حياتهم بلغت الثلث تقريباً للرجال (٣٠,٦٪) أي أكثر من ٩٦٠,٠٠٠ رجل، وأكثر من الربع (٢٦,٩٪) من النساء اللاتي خدمن في فيتنام (أكثر من ١٩٠٠ امرأة).

وظهرت علاقة وثيقة بين اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومشكلات إعادة التوافق الأخرى في كل مجال من مجالات الحياة تقريباً. فقد ظهرت مشكلات كثيرة متصلة بالتوافق للحياة المدنية لدى ١٦٪ من الجنود جميعاً، و٢٩٪ عند الجنود المحاربين، كما يتضح ذلك من عدم الاستقرار المهني، والمشكلات الصحية المزمنة، والعجز البدني المرتبط بالخدمة، والمشكلات الأسرية.

ويزداد احتمال وفاة المحاربين نتيجة الانتحار بنسبة ٦٥٪، ويزداد احتمال موتهم نتيجة حوادث السيارات بمقدار ٤٨٪ وذلك بالمقارنة إلى غير الجنود (Meichenbaum, 1994, pp. 57- 60). لقد أصبح ٧٥,٠٠٠ جندي عاجزين جسمياً (٣٠٠٪ أكثر من الحرب العالمية الثانية) وعمل في فيتنام من ٧,٠٠٠ إلى ١٠,٠٠٠ امرأة، وعملوا في التمريض أساساً، ومن مصادر الضغوط الشديدة التي وقعت عليهن إبان الحرب مايلي: التحرش الجنسي، والقهر، والاغتصاب، وتحيز الرجال ضدهن.

وكان الأمريكيون ينظرون إلى محاربي فيتنام العائدين من الحرب على أنهم «قاتلو أطفال» (Scurfield, 1993).

٤ - معدلات انتشار اضطراب الضغوط

تم فحص المشكلات النفسية للمحاربين الأمريكيين العائدين في السنين الأولى بعد حرب فيتنام، وقد يرجع السبب في ذلك - بشكل جزئي - إلى رغبة الأمة الأمريكية في أن تضع نصب عينيها ما يُذكِّرها بهذه الحرب التي لم يكن لها

مسوغ، وكان الاعتقاد المبدئي أن أقل من ٢٪ من محاربي فيتنام يعانون من مشكلات نفسية، وذلك بالمقارنة إلى نسبة ١٠٪ لدى محاربي الحرب العالمية الثانية، ومع ذلك، وفي أواخر السبعينيات، فقد ظهر جلياً في عديد من المستشفيات الأمريكية المخصصة للمحاربين القدامى أن كثيراً من هؤلاء المحاربين ما يزالون يعانون من مشكلات نفسية متصلة بالحرب، وقد تأخر ظهور بداية هذه الاضطرابات أو تم إهمالها في الماضي.

ومن بين علامات هذه الاضطرابات أن نسبة الربع من عدد إجمالي قدره مليون ونصف مليون جندي أمريكي محارب (أي ٣٧٥,٠٠٠) ممن عادوا من فيتنام قد تم إلقاء القبض عليهم خلال سنتين من عودتهم، نتيجة مخالفات مدنية ارتكبوها، وأن (٢٠٠,٠٠٠) عائد منهم قد أصبحوا مدمنين معتمدين على العقاقير، كما وصل معدل الطلاق بين محاربي فيتنام إلى ضعف معدله تقريبا لدى بقية السكان، وارتفعت معدلات الانتحار لديهم بمقدار ٢٥٪ من نظيرتها في المجتمع.

وكشفت إحدى الدراسات التي أجريت على ١١٦٨ من المحاربين القدامى في فيتنام أن ٦١٪ منهم - بعد أكثر من عَقْد كامل من الزمان - استمروا في التفكير في حالات الموت التي رأوها خلال الحرب، وأسفرت دراسات أخرى عن أن كثيراً من المحاربين في فيتنام استمروا في أن يشعروا بعدد من الخبرات الصدمية المتكررة، والتي تقتحم فكرهم، وذلك على شكل إعادة الأحداث التي عَرَضَت لهم سابقاً Flashbacks، وذعر الليل، والكوابيس، وأفكار وصور مستمرة ومداومة. ومثل هذه الأفكار أو الصور يمكن أن تثيرها حوادث بسيطة تُذكِّر المحارب بالظروف والأحوال التي حدثت في فيتنام، وذلك مثل الانهمار المفاجىء للمطر في الصيف، أو الارتفاع في درجة الحرارة، كما يمكن أن تثيرها أيضا مناظر القتال في الروايات والأفلام أو مناظر التليفزيون، وفي عام ١٩٩١ كرر كثير من المحاربين في الحرب العالمية الثانية والحرب الكورية والحرب الفيتنامية الأحداث التي عَرَضَتْ لهم سابقاً، فضلاً عن كثير من الصور والكوابيس، وذلك

عند مشاهدتهم التغطية التلفزيونية النابضة بالحياة لحرب الخليج (Comer, 1992, pp. 215-216).

وأوضحت دراسة أخرى (Wilson *et al.*, 1992, p. 113) على المحاربين الأمريكيين العائدين من فيتنام أنه خلال خمس سنوات بعد عودتهم إلى الحياة المدنية زاد معدل وفاتهم بمقدار ٤٥٪ بالمقارنة إلى المحاربين الذين خدموا في أماكن أخرى مثل: كوريا، وألمانيا الغربية، أو الولايات المتحدة خلال المدة نفسها. وكان معدل الانتحار لدى المحاربين الأمريكيين العائدين من فيتنام في السنوات الخمس الأولى بعد خروجهم من الجيش ٧٢٪* أعلى من غيرهم من المحاربين الذين لم يحاربوا في فيتنام (خلال المدة ذاتها).

وقد أجريت تجربة (انظر: Blanchard, Kolb, Pallmeyer & Gerardi, 1982) للتفرقة بين محاربي فيتنام المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة ومجموعة ضابطة من غير المحاربين، وقد استمع كل من أفراد المجموعتين لتسجيلات متصلة بأصوات الحرب، وتم في الوقت نفسه تسجيل كل من ضغط الدم، ودرجة حرارة الجلد، ونشاط عضلة الجبهة، ومقاومة الجلد. وظهر أن المجموعتين اختلفتا فقط في المتغيرات الآتية: معدل ضربات القلب، وضغط الدم الانقباضي، ودرجة حرارة الجلد، ونشاط عضلة الجبهة. وتشير نتائج هذه التجربة - من بين ما تشير - إلى أن المحاربين القدامى ما يزال يؤثر فيهم المنبهات التي تُذَكِّرهم بالحرب على الرغم من مرور السنين.

وفيما يلي **حالة محارب عائد من فيتنام** مصاب باضطراب الضغوط التالية للصدمة:

«لقد قالت زوجتي بأنني لم أصبح الرفيق الحبيب الذي اعتادت

(*) هكذا وردت في الأصل، وتعني هذه النسبة الزيادة في معدل الانتحار لدى المحاربين العائدين من ڤيتنام بالمقارنة إلى المحاربين الذين لم يحاربوا في ڤيتنام، ولا تعني معدل الانتحار ذاته.

أن تعرفه وتحبه، لأن شيئاً ما مرعباً يجب أن يكون قد حدث لي حتى يغيِّرني هكذا بشكل كامل، وقلت لها: إنني لا أعرف عم تتحدثين. وقالت: إن النظرة في عيوني هي نظرة شخص مرعوب ومرتعد بشدة، مع نظرة تحديق متفرسة ذات مسافة بعيدة، أنظر إلى المجهول، وليس إلى الحاضر، وذَكَرَتْ أيضا أن نظرتي المرتعدة الخائفة ذات الطبيعة الشاحبة، وطريقتي المشدودة في الجلوس والكلام والمشي، وتحفظي وانعزالي... كل ذلك يجعلها أيضا غير مرتاحة بالنسبة لاستمرار علاقتنا، وأخيراً، وكلما مر الوقت تَأَكَّدْتُ من أن أناساً كثيرين جداً لا يمكن أن يكونوا مخطئين بالنسبة لي».

«وبدأ التغير داخلي يظهر عميقاً - وأعمق مما كنت أتخيل - وأنا نفسي لم أكن واعياً تماماً لعمق التحول الذي حدث لي، لقد كنت أتصور أن قتل الآدميين وإيقاع الضرر بهم هو أمر غير بشع إلى هذه الدرجة، ولكن الأمر تغير لمجرد رؤية كثير من الفتيان يموتون، وقد مات بعضهم بين ذراعيّ، ورأيت فتيانا يموتون من جراء عضة ثعبان، ويمرضون من الملاريا، ويشعرون بالإنهاك وبأنهم مستنزفون من الناحية الانفعالية مدة طويلة، ويشعرون بالغضب الشديد. وقد أُصبت أنا نفسي بالرعب الشديد مرات عديدة، وأُصبت بطلقات الرصاص ثلاث مرات. وإنني لأعتقد أن ذلك يمكن أن يُغيِّر بعض الأشخاص، بل ربما كان ذلك يغيّر معظم الناس» (Brende & Parson, 1985, pp. 46-47).

الدراسة القومية لإعادة توافق محاربي فيتنام:

أجريت في عام ١٩٨٨ دراسة أمريكية قومية لبحث إعادة توافق المحاربين السابقين في فيتنام، ويبين جدول (٤٤) أهم نتائج هذه الدراسة.

جدول (٤٤): بيانات إحصائية من الدراسة القومية لإعادة توافق محاربي فيتنام عام ١٩٨٨

(١٥,٢٪) من المحاربين الذكور في مسرح العمليات (٤٧٩,٠٠٠) يعانون حاليا من اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
(١١,١٪) لديهم أعراض ظاهرة للاضطراب، ولكنهم لا يحققون المحكات الكاملة للدليل التشخيصي الثالث المعدل (اضطراب ضغوط جزئي).
(٣٠٪) من محاربي فيتنام الذكور لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة في وقت ما منذ نهاية الحرب.
(٥٠٪) لديهم على الأقل اضطراب طبي نفسي واحد قابل للتشخيص في الشهور الستة الماضية.
(٢٧,٩٪) من محاربي فيتنام في مسرح العمليات والذين هم من أصل أسباني لديهم حالياً اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
(٢٠,٦٪) من المحاربين السود في مسرح العمليات لديهم اضطراب الضغوط.
(٨,٥٪) من النساء المحاربات في مسرح العمليات لديهن حاليا اضطراب الضغوط.
(٧,٨٪) من النساء المحاربات في مسرح العمليات لديهن اضطراب جزئي للضغوط.

عن: (Hyer *et al.*, 1993, p.71).

وتشير الدراسات الأحدث إلى أنه من بين ٣,١٤ مليون جندي في مسرح العمليات في فيتنام الذين خدموا في منطقة الحرب في جنوب شرق آسيا في المدة بين عامي ١٩٦٤ و١٩٧٥ تقدر نسبة ١٥,٢٪ منهم لديهم الآن اضطراب الضغوط التالية للصدمة بشكل كامل كما يصنف بوساطة المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين عام ١٩٨٧. كما تقدر نسبة أخرى قدرها ١١,٢٪ لديهم حاليا هذا الاضطراب بشكل جزئي، أي لديهم عَرَض أو أكثر من أعراض الاضطراب ولكنهم لا يحققون تماماً المحكات التشخيصية، وقد أُوردت هذه النتائج تبعاً لأكثر المسوح الوبائية الطبية النفسية (السيكياترية) شمولاً ودقة. ومن ثم فإن أكثر من رُبع العدد الإجمالي للمحاربين في فيتنام لديهم مشكلات متصلة بهذه الحرب بعد ما

يقرب من سبعة عشر عاماً منذ جلاء آخر القوات الأمريكية من فيتنام (Scurfield, 1993).

كما أُجريت دراسة صدرت عام ١٩٩٠ عن آثار حرب فيتنام في حدوث اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى ٢,٠٤٢ زوجاً من أزواج التوائم الذكور، وأسفرت هذه الدراسة أن معدل انتشار هذا الاضطراب يبلغ ١٦,٨٪ لدى التوائم الذين خدموا في فيتنام، وذلك بالمقارنة إلى ٥٪ لدى التوائم الذين لم يخدموا في فيتنام، أي أن هناك زيادة بمقدار تسع مرات في انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى التوائم الذين مروا بخبرات ذات مستويات مرتفعة من القتال بالمقارنة إلى توأمهم الذي لم يخدم في فيتنام (Scurfield, 1993).

٥ - اضطراب الضغوط عند المحاربين العائدين من فيتنام

أ - الضغوط الصدمية التي واجهها المحاربون في فيتنام:

أجرى كل من «لوفر، وفراي - ووترز، وجالوبس» (Laufer, Frey-Wouters & Gallops, 1985) دراسة على ٣٢٦ من الجنود الذين حاربوا في فيتنام، بهدف تحديد المؤشرات الذاتية التي مر بها الجنود للضغوط الصدمية إبان الحرب وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة. وكشفت الدراسة عن أن المؤثرات التي خَبَرَها الجنود لضغوط الحرب تعد مؤشرات دقيقة لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

أنواع الضغوط المتصلة بحرب فيتنام:

تعددت ضغوط الحرب في هذه الدراسة، وشملت الجوانب الآتية:

١ - **درجة الاشتراك في القتال**: وقيست «بمقياس القتال»، ويحدد إلى أي مدى يقع التهديد على حياة الجندي، ودرجة التعرض للمواقف المهددةِ للحياة.

٢ - **الاشتراك في العنف المؤذي ومشاهدته**: وبخاصة العنف الموجَّه إلى غير

المقاتلين الفيتناميين. ونظراً لأن الحرب كانت حرب عصابات من قِبَلِ الفيتناميين، فلم يكن الجندي الأمريكي قادراً على التفرقة بين المحاربين وغير المحاربين. وقد أدت الضغوط الناتجة عن حرب العصابات بالأمريكان إلى اقتراف أفعال وحشية ضد المدنيين وأسرى الحرب، فضلاً عن استخدام أسلحة أكثر فتكاً وخطراً.

٣ - **قتل العدو**: ويتضمن قتل إنسان آخر جوانب خلقية ومضامين نفسية للجندي الذي قام بذلك، وعادة تظل الصور العقلية أو التخيلات المحيطة بمثل هذه الخبرة لدى الجندي سنين عديدة ماثلة في أحلامه وذكرياته.

ب - الآثار النفسية لحرب فيتنام على المحاربين:

العزلة النفسية لمحاربي فيتنام:

أنكر الجنود الذين حاربوا في فيتنام - وبخاصة في السنين القليلة التالية مباشرة لخدمتهم في فيتنام - خبراتهم، وتجنبوا الحديث بشكل مباشر عن خبراتهم في الحرب مع كل الناس تقريباً، وفضلا عن ذلك لم يكن هناك أمر إيجابي يكتسبه الفرد ويستفيد منه عندما يُعرِّف نفسه بوصفه محارباً في فيتنام، فكان كل منهم يُترك وحيداً عندما كان يحاول أن يتحدث عن الخبرات المزعجة للحرب وذكرياته فيها، وكان المحاربون في فيتنام المصابون باضطراب الضغوط التالية للصدمة إما مرتبكون خائفون يشعرون بالخزي ساخطون غاضبون، أو يجهلون الرابطة بين مشكلاتهم بعد الحرب، والحرب ذاتها، فانسحب كثير من الرجال والنساء وأصبحوا منعزلين نفسيا (Scurfield, 1993)،

تفاعل الغضب والرعب والأسى واللوم لدى المقاتلين:

ظهر على المحاربين في فيتنام - وبخاصة بعد أن انتهت الحرب فعلا في عام ١٩٧٥ - قدر كبير من المشاعر والانفعالات أبرزها الغضب والرعب والأسى

واللوم، ومن المعروف أن هذه المشاعر موجودة في معظم الخبرات الصدمية وداخلة فيها، فإن الأحداث الصدمية سوف تثير كلاً من الغضب والرعب والأسى إذا سَمَحَ الفرد الذي بقى على قيد الحياة بعد هذا الحادث لمثل هذه المشاعر والوجدانات أن يشعر بها ويعبر عنها، ومع ذلك، ونتيجة للقبول الشعوري والتعبير الكامل لهذه الأعراض أو الانفعالات خلال الصدمة فإن هذه المشاعر عادة لا تؤدي إلى النجاة من الصدمة (وسوف تميل فيما بعد إلى أن تثير ردود أفعال مؤلمة حيث يعود الفرد يعيشها ويعايشها)، ومن ثم يُنكر الفرد عادة هذه المشاعر ويتجنبها حتى يحقق توازنه الداخلي للبقاء حياً من الناحيتين الجسمية والنفسية.

مصادر الغضب لدى المقاتلين في فيتنام:

تمثلت أهم هذه المصادر فيما يلي:

١ - طبيعة حرب العصابات التي تعتمد على تكتيك: «اضرب واهرب»، والتي شملت كل قطاعات المجتمع في فيتنام كالنساء والأطفال، وكبار السن.

٢ - دورة الجندية التي تجعل الجندي الأمريكي يخدم عاماً في بيئة خطرة جداً.

٣ - رفض المحاربين الكشف عن طبيعة أعمالهم أو عدم استجابة المجتمع لهم، وعدم الاهتمام بهم لدى عودتهم إلى الولايات المتحدة.

٤ - عدم وجود برامج الرعاية الطبية الجيدة التي تتعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالحرب، ولم يكن هذا التشخيص قد وُضع بعد في الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني، وقد ساعدت حالات المحاربين في فيتنام على إدراجه في الدليل التشخيصي الثالث عام ١٩٨٠.

٥ - غياب برامج الإرشاد للمحاربين وأسرهم.

٦ - التخلي عن الشعب الفيتنامي وجيشه حتى اجتاحت القوات الشيوعية هذا البلد.

٧ - الصعوبات في تأمين المحاربين، وقلة الفرص التعليمية لهم بعد الحرب (Scurfield, 1993).

جـ - ردود الفعل الذاتية لضغوط الحرب

سأل الباحثون (Laufer *et al.*, 1985) أفراد عينة المحاربين الأمريكيين في فيتنام عن ردود أفعالهم لخبرات الحرب، مع التركيز على الاستجابات الذاتية للموت والاحتضار المصاحب للحرب، فسألوهم عن ردود أفعالهم لرؤية الأمريكان يُقتلون، ولرؤية الفيتناميين يُقتلون، واستجاباتهم لخبراتهم في القتال. ويبين جدول (٤٥) نتائج هذه الدراسة.

جدول (٤٥): الاستجابات الذاتية للجنود الأمريكيين في فيتنام تجاه الخبرات الصدمية

المجموعات الثلاث واستجاباتهم	٪
أ - المجموعة التي رأت الأمريكيين يُقتلون (ن = ١٨٩)	
- الشعور بالغضب لرؤية الأمريكيين يُقتلون	٪٢١
- الشعور بالحزن لرؤية الأمريكيين يُقتلون	٪٤٢
- الشعور بالصدمة لرؤية الأمريكيين يُقتلون	٪٢٤
- ليست هناك مشاعر لرؤية الأمريكيين يُقتلون	٪١٤
- تقبل وفيات الأمريكيين	٪١٢
- تقديم استجابة ما لهذه الخبرات	٪٧٢
ب - المجموعة التي رأت الفيتناميين يُقتلون (ن = ٢٠٤)	
- الشعور بأن موت الفيتناميين له ما يسوِّغه	٪٢٢
- الشعور بعدم الاكتراث لموت الفيتناميين	٪٢٨
- الشعور بالحزن لرؤية الفيتناميين يُقتلون	٪٣٦
- الشعور بالخوف لرؤية الفيتناميين يُقتلون	٪٣
- تقديم استجابة ما لهذه الخبرات	٪٧٤
جـ - المجموعة التي اشتركت في القتال فعلا (ن = ٣١٧)	
- الشعور بالخوف في أثناء القتال	٪١٧
- الانشغال بالمحافظة على النفس في القتال	٪٢٠
- ليست لديه مشاعر في القتال	٪٢٠
- الشعور بالإحباط نظراً للقيود التي تفرضها الحرب	٪٦
- تقديم استجابة ما لهذه الخبرات	٪٥١

عن: (Laufer *et al.*, 1985).

وتكشف هذه النتائج الواردة في جدول (٤٥) عن أهمية ردود الأفعال أو الاستجابات الصادرة عن المحاربين، وعلاقة هذه الاستجابات بأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي تكمن جذورها في خبرات الحرب.

د - العوامل الأساسية لأعراض المحاربين في فيتنام:

أجرى «سيلفر، وإياكونو» (Silver & Iacono, 1986) دراسة على ٤٠٦ من الجنود الأمريكيين الذكور الذين حاربوا في فيتنام وطلبوا الإرشاد الشخصي، وكان متوسط أعمارهم ٣٣,٠ عاماً، ومتوسط سنوات التعليم ١١,٧ عاماً، ومتوسط أعمارهم عند دخولهم الخدمة في فيتنام هو ٢٠,٧ بانحراف معياري قدره ٣,٣ عاما، ومتوسط الشهور التي قضوها في فيتنام ١٤,٢ بانحراف معياري قدره ٨,٥ شهرا، وقرروا أن ٦٩٪ من الوقت الذي قضوه في فيتنام كان في القتال.

ووُضعت قائمة لأعراض الاضطرابات، اعتماداً على المشاهدات الإكلينيكية ونتائج البحوث، وطُلب من المفحوصين تقدير وجود كل عرض عند كل منهم على مقياس متدرج يشبه مقياس «ليكرت». وحُللت معاملات ارتباط «بيرسون» المتبادلة بين البنود، واستُخرجت أربعة عوامل بعد التدوير المتعامد بطريقة «فاريماكس». ويبين جدول (٤٦) هذه العوامل.

٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتأخر عند المحاربين

حدثت الأرجاع المتأخرة للضغوط Delayed stress reactions بعد تسريح الجنود الأمريكيين من الحرب بفترة تراوحت بين ٩ - ٦٠ شهراً من تسريحهم، وبدأ كثير منهم يشعرون ببعض التغيرات، فلاحظوا - للمرة الأولى غالبا - حالات متنامية من التبلد، والاغتراب، والاكتئاب، وعدم الثقة، والسخرية، وتوقع التضليل أو الخداع، وصعوبة في تركيز الانتباه، والأرق، والتململ وعدم الاستقرار، والكوابيس، ونفاد الصبر في أي موقف أو علاقة تقريبا.

جدول (٤٦): العوامل الأربعة المستخرجة والبنود (الأعراض) المكونة لها لدى الجنود الأمريكان المحاربين في فيتنام

الأعراض	التشبعات
العامل الأول: الاكتئاب:	
١ - اضطراب في تركيز الانتباه.	٠,٦٤
٢ - انخفاض الاهتمام بالمهنة وبالأنشطة الأخرى.	٠,٦٣
٣ - الشعور بعدم الأهمية أو الشك في قدراتي.	٠,٦٠
٤ - صعوبة الاحتفاظ بالمهنة.	٠,٥٧
٥ - الاكتئاب.	٠,٥٥
٦ - مشاعر أو محاولات انتحارية.	٠,٥٣
٧ - مشكلات في الذاكرة.	٠,٥١
العامل الثاني: الذنب أو الأسى المتبقي:	
١ - الذنب عما فعلته في فيتنام.	٠,٦١
٢ - الذنب لأنني بقيت على قيد الحياة بعد فيتنام.	٠,٦٠
٣ - الأسى أو الحزن.	٠,٥٩
العامل الثالث: المرور بخبرة الصدمة مرة أخرى:	
١ - الكوابيس.	٠,٦٦
٢ - أحلام أو خيالات عنيفة.	٠,٦٣
٣ - استعادة أحداث وقعت في فيتنام.	٠,٦٢
٤ - استجابة الدهشة، واستخدام التدريب العسكري.	٠,٥٦
العامل الرابع: الانفصال والغضب:	
١ - الشعور بالغضب والتهيج.	٠,٧٠
٢ - فقد الأعصاب بسهولة.	٠,٦٥
٣ - صعوبة في العلاقات مع الآخرين.	٠,٦٥
٤ - عدم الثقة في الآخرين أو في الحكومة.	٠,٦٣
٥ - سرعة الاهتياج أو زيادة التيقظ.	٠,٦٢
٦ - الشعور بأنه بعيد انفعاليا عن الأسرة والآخرين.	٠,٥٦
٧ - القلق.	٠,٥٤
٨ - صعوبة الشعور بالانفعالات.	٠,٥٤
٩ - انفعالات مؤلمة ومزاج معكر.	٠,٥٤
١٠ - الشعور بالانفصال عن الآخرين وعن البلد وعن المجتمع.	٠,٥٣
١١ - الخوف من فقد السيطرة.	٠,٥٢
١٢ - الاكتئاب.	٠,٥٠
١٣ - التجادل مع الآخرين.	٠,٥٠

عن: (Silver & Iacono, 1986).

وقد شجع هذا التأخر الكبير لظهور المظاهر الإكلينيكية إدارة الرئيس «نيكسون» على ادعاء أن ما نتج عن حرب فيتنام من كوارث طبية نفسية أقل من أي حرب أخرى حاربت فيها الولايات المتحدة، وكان ذلك خطأ بطبيعة الحال، فلم تكن ردود الفعل المتأخرة قد ظهرت بعد.

على أن بعض مستشاري الجيش الأمريكي قد أعلنوا في شهادتهم أمام الكونجرس عام ١٩٧٠ وقبل أن تتوقف الحرب نهائيا انطباعهم العام، من أن أعداداً كبيرة من المحاربين في فيتنام - وبخاصة أولئك الذين مروا بخبرة القتال العنيف - مضطربون انفعالياً، ولكن اضطرابهم لن يظهر بوضوح من الناحية الإكلينيكية إلا بعد مرور بعض الوقت بعد تسريحهم من الخدمة.

وقد لاحظ «ويليام نيدرلاند»، الذي كرس خمساً وعشرين سنة للعمل مع الناجين من معسكرات الاعتقال، التأخر نفسه الذي يسبق ما أسماه «زملة الباقين على قيد الحياة». ويفسر ذلك في كلتا المجموعتين (أي الناجين من معسكرات الاعتقال والمحاربين العائدين من فيتنام) بأن النصر الأوّلي الذي يتضمن بقاء الإنسان حياً يمنع الظهور الفوري للأعراض، ولكن بعد أن يتناقص تقدم الخَدَرِ النفسي فإن الأعراض تصبح بارزة.

لقد قال أحد القادة المحاربين في الحرب العالمية الثانية: «إننا لن نستطيع أن نُشْفَيَ من الحرب»، وكان يعاني من الكوابيس المتكررة، ويحتفظ بمسدسه الآلي محشواً تحت الوسادة (Shatan, 1978).

٧ - العوامل المهيئة لاضطراب الضغوط

يتزايد احتمال إصابة الجندي باضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة توافر عامل أو أكثر من العوامل الآتية:

١ - التعرض للأذى البدني أو الجنسي قبل الحرب.

٢ - المشكلات النفسية الطبية قبل الحرب.

٣ - صغر العمر عند الالتحاق بالخدمة العسكرية.

٤ - انخفاض المستوى التعليمي قبل الالتحاق بالجيش.

٥ - المشكلات السلوكية في الطفولة.

٦ - عنف القتال وخشونته.

٧ - الإصابة بالعجز البدني نتيجة الحرب.

ويوجد لدى الجنود المحاربين المصابين باضطراب الضغوط مزيد من المشكلات الزواجية والعدائية والعدوانية تجاه القرين؛ وليس لاضطراب الضغوط تأثير على الفرد المصاب وحده، بل أيضاً على القرين والأطفال والآخرين الذين يعيشون معه. فمثلا انهارت ٣٨٪ من زيجات الجنود المحاربين في فيتنام خلال ستة أشهر من عودتهم إلى منازلهم، وظهرت النتيجة ذاتها على الجنود الإسرائيليين في الحرب اللبنانية (Meichenbaum, 1994, p. 60).

٨ - الآثار النفسية المترسبة لدى أسرى الحرب في فيتنام

يورد «هنتر» (Hunter, 1978) ظهور آثار جسمية ونفسية على أسرى الحرب الأمريكيين في فيتنام، واتضح أن هذه الآثار تتناسب طردياً مع مدة الأَسْرِ، فكلما زادت مدة الأسر زاد احتمال ظهور الاضطراب على الأسير بعد عامين من إطلاق سراحه. واتضح أيضاً أن الرجال الذين كان لديهم عوامل مُهيِّئة Predisposing في تاريخ حياتهم الماضي تزايد الاحتمال لديهم بمقدار أربع مرات في تلقي تشخيص طبي نفسي بالمقارنة إلى من ليس لديهم هذه العوامل. وبالنسبة للمجموعة التي كان لديها عوامل مُهَيِّئَةٍ ومشكلات سابقة فقد ظهرت معظم الأعراض لديهم على شكل

اضطراب في العلاقات الزواجية. وتلا ذلك في الأسباب، الحوادث المرتبطة بالطفولة وبخبرة الأَسْر.

ويبين جدول (٤٧) نتائج إحدى الدراسات على أسرى الحرب.

جدول (٤٧): التشخيصات النفسية لأسرى الحرب في فيتنام بعد عامين من عودتهم إلى الوطن (ن = ١٠٢)

التشخيص	٪
١ - سوء التوافق الزواجي	١٩
٢ - شخصية وسواسية قهرية	١٧
٣ - شخصية هستيرية	١٠
٤ - عُصاب الاكتئاب	١٠
٥ - عُصاب القلق	٨
٦ - الإدمان على الخمر	٨
٧ - شخصية فصامية	٦
٨ - فصام	٢

عن: (Hunter, 1978).

* * *

الفصل السادس عشر
نموذج لصدمة العدوان العراقي على الكويت

تمهيد

١ - صدمة العدوان العراقي.

٢ - الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي.

٣ - اضطراب الضغوط التالية لصدمة العدوان العراقي.

٤ - العدوان العراقي مسبباً للتغير المعرفي السلبي.

٥ - دراسة واقعية للضغوط ومواجهة الصدمة في حرب تحرير الكويت.

٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند جنود عاصفة الصحراء.

٧ - مآل اضطراب الضغوط التالية لصدمة العدوان العراقي.

الفصل السادس عشر
نموذج لصدمة العدوان العراقي على الكويت

تمهيد

يقدم هذا الفصل نموذجاً قريباً – من الناحيتين الزمنية والمكانية – للصدمة التي تعرض لها المواطن الكويتي إبان العدوان العراقي على وطنه، فنعرض لصدمة العدوان، والآثار النفسية السلبية له، وأهمها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والعدوان بوصفه دحضاً للفروض وهدماً للمسلمات تَسَبَّبَ في تغير معرفي سلبي، مع إيراد دراسة واقعية للضغوط ومواجهة الصدمة في حرب تحرير الكويت، واضطراب الضغوط التالية للصدمة عند جنود عاصفة الصحراء، مع بيان مآل هذا الاضطراب.

وننبه إلى أن تعبير «حرب الخليج» الذي يستخدم أحيانا في هذا الفصل، يُقصد به – في هذا السياق – العدوان العراقي على دولة الكويت، أو ما يقال له: «حرب الخليج الثانية». ونبدأ بتوطئة عن هذا العدوان وآثاره.

١ - صدمة العدوان العراقي

يعد عدوان العراق على دولة الكويت في التاريخ القريب (أغسطس ١٩٩٠ – فبراير ١٩٩١) حادثاً جللاً، توقف أمامه كثير من المفكرين والباحثين فضلاً عن عديد من الناس العاديين، وكتب المؤلفون والمنظرون والمؤرخون وما يزالون يكتبون عن هذه الحرب التي لم يكن لها مسوغ من عدل أو دين أو قومية أو حسن سياسة، ومع ذلك فلا مراء في أن لها مسوغاً جلياً من طمع وجشع، وخطط توسع، ودعاوي لا أساس تاريخيا ولا سياسيا لها، فلو أصغى أحد إلى مثل هذه الدعاوي لأصبح العالم فوضى، ولأصبح العراق نفسه، «محافظة فارسية» (انظر: حياة الحجي، ١٩٩٢) ولانتفى حسن الجوار (عبدالمالك التميمي، ١٩٩٢؛ محمد بلبع، ١٩٩٢)، وساد قانون الغاب، ولتناقض ذلك مع التنزيل الحكيم: **﴿يا أيها**

الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوباً وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم إن الله عليم خبير﴾ (الحجرات: ١٣).

ولم يكن العدوان العراقي ضد دولة الكويت حرباً على حدود محددة، ولا خلافاً على مساحة محدودة، ولا نزاعاً على مشكلة واحدة، بل كان يهدف إلى ما هو أكثر من ذلك؛ إلى الابتلاع والهيمنة والضم: ضم دولة إلى دولة ضد رغبة أهلها وحذفها من الخريطة السياسية للعالم، وإلغاء اسمها وهويتها من المنظمات العربية والدولية.

لقد أتى على الإنسان حين من الدهر في دولة الكويت حيث «لاقى من العيش غبطة» (أي يسراً ورخاء)، ولا تثريب على الإنسان عندما يتمتع بالطيبات من الرزق، ويأتي ما أحل الله سبحانه وتعالى. ثم يحدث هذا الحادث الصدمي فيخل بإيقاع الحياة، ويهدم كثيراً من المسلمات. وفي مثل هذه الأحوال تكون وطأة الشعور بالمشكلات الطارئة والمعاناة من الحرب أكبر لدى إنسان عاش في وطنه معيشة ميسورة سهلة. والأغلب أن يسوء رد الفعل تجاه هذه الأوضاع المستجدة بدرجة أكبر لدى المراهقين وصغار الراشدين الذين وُلدوا والكويت في أفضل وضع اقتصادي لها. ومن الواضح أن عدداً من المشكلات مثل: زيادة معدلات العنف والعدوانية لدى المراهقين وصغار الراشدين بعد الحرب هي من إفرازات هذه الحرب، وكل ذلك مسوغ لقولنا: إن الحرب أقسى الصدمات وأقصاها، كان لها كثير من الآثار السيئة على مختلف المستويات.

إن واحداً من أهم الآثار السلبية للعدوان وتداعياته، فقد الأمن لدى المواطن، وفَقْد الثقة فيما يمكن أن يأتي به الغد، على أن الشعور بالأمان والاطمئنان على اليوم والغد، على النفس والأهل والوطن، على مصدر الرزق والممتلكات... لهو شعور أساسي حتى يعيش الإنسان معيشة مطمئنة منتجة في صحة نفسية وجسمية جيدة، ولا غرو فالشعور بالأمان دافع اجتماعي أساسي، وإحباط هذا الدافع أي خيبة سعيه وإعاقته أو الشعور بإمكان إعاقته في أية لحظة مما يهدد - في المقام الأول - سعادة الإنسان واتزانه النفسي، ومما يمهد - في المقام

الثاني - لمحاولة الإنسان استعادة توازنه وتحقيق أمانه بضروب من السلوك شتى، سوية وغير سوية.

لقد أُجري عدد كبير من البحوث والدراسات عن هذا العدوان من جميع النواحي السياسية والاقتصادية والتاريخية والجغرافية والبيئية والأدبية والاجتماعية (انظر على سبيل المثال: أحمد يوسف، ١٩٩١؛ سعد الدين إبراهيم، وعبدالحميد إبراهيم، ١٩٩١؛ فاطمة العبدلي وآخرون، ١٩٩٢؛ محمد الصرعاوي، ١٩٩٢؛ محمود اسماعيل وآخرون، ١٩٩٢؛ ميمونة الصباح، ١٩٩٤). ومع ذلك فإن الجوانب النفسية للعدوان متمثلة في آثاره ما تزال في حاجة إلى مزيد من الدراسات على الرغم من وجود عدد لا بأس به منها، فالحق أن المسألة متشابكة، وقد تظهر الآثار النفسية حادة Acute، وقد تبدو مزمنة Chronic، وفي أحيان ثالثة قد تكون مُرجأة Deleyad تطفو على السطح بعد حين، ودليل ذلك أن كثيراً من الأمراض والأعراض ظهرت على المحاربين الأمريكيين في فيتنام بعد عودتهم إلى وطنهم بزمن غير قليل كما بينا في الفصل الخامس عشر، وتجدر الإشارة إلى أن البحوث النفسية على محاربي فيتنام ما تزال موصولة حتى الآن على الرغم من أن حرب فيتنام قد توقفت نهائيا في عام ١٩٧٥، بل أكثر من ذلك، فإن الأمر ينطبق على الحربين العالميتين.

لكل ذلك فإن العدوان العراقي على دولة الكويت ما يزال جديرا بمواصلة البحوث بصدد آثاره، حيث يحقق - بحق - معايير الحادث الصدمي.

٢ - الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي

للعدوان العراقي على الكويت آثار نفسية عميقة ومتعددة، وتعد هذه الآثار النفسية آثاراً سلبية في المقام الأول، فما معنى الآثار السلبية وما أشكالها؟

يشير مصطلح «الآثار السلبية» Negative effects بوجه عام إلى نتائج Outcome غير مرغوبة، وعواقب Consequences غير مفضلة، وحصيلة ينجم عنها أعراض مرضية محددة. وهي تسمى في مجالي علم النفس المرضي والطب

النفسي بالآثار الجانبية المعاكسة Adverse side- effects كتلك الناتجة عن استخدام علاجات كيميائية أو عقاقير مهدئة أو مهبطة أو منومة مثلا، والتي تنعكس على الحالة النفسية أو الجهاز العصبي أو الغدد الصماء أو الجهاز العضلي وغير ذلك.

ومن الممكن أن تظهر هذه الآثار السلبية الناجمة عن العدوان على أشكال شتى، ومن أبرز هذه الأشكال: المشكلات الاجتماعية كالشقاق والفراق والطلاق، وانحراف الأحداث والعدوانية والعنف، هذا فضلا عن الاضطرابات النفسية، ومن الأهمية بمكان أن نجيب في هذا الصدد عن السؤال الآتي: ما أهم الاضطرابات النفسية المترتبة على العدوان؟

الاضطرابات النفسية بوصفها نواتج للعدوان:

الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي عديدة ومتشابكة كما أسلفنا، كما أنها تتخذ أشكالاً متنوعة ظاهرة وباطنة، من بينها الاضطرابات النفسية، وتتضمن - على الأقل - أربعة تشخيصات نفسية هي: اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والقلق، والخوف، والاكتئاب، ولم يَدَّعِ أحد ولا يستطيع أن يَدَّعي أن هذه المشكلات وتلك الاضطرابات لم تكن موجودة في المجتمع الكويتي سابقاً، ولكن القول الصحيح: إن معدلاتها قد ارتفعت بعد العدوان.

ومن الممكن أن نفترض - ونحن نقف على أرض صلبة من الدراسات السابقة - أن معدلات الإصابة بمثل هذه الاضطرابات ونظائرها في المجتمع الكويتي بعد العدوان لا بد أنها قد ارتفعت عن ذي قبل، وذلك مما يحتم ضرورة أن تَلْقَى مزيداً من الاهتمام على المستويين: التشخيصي والعلاجي. ومع عدم إنكار لأهمية الخسائر المادية التي أَثَّرَتْ في معدلات النمو الاقتصادي في دولة الكويت، فإن العوامل النفسية والاجتماعية قد تأتي في مكان الصدارة هنا، فالإنسان عصب التنمية ومناط التقدم، ومن المؤسف أن يقال - ومن المؤسف أيضا أنه قول فيه جانب من الصواب -: إن بذرة القلق قد وُضعت، وأسباب الاكتئاب قد استقرت، ودواعي الخوف قد كَمَنَتْ.

وهناك أيضا عنصر منشط لمشاعر القلق والاضطراب، وهو مواصلة التهديد العراقي لدولة الكويت على الرغم من كل ما حدث للمعتدي، ونقصد التهديدات التي تحدث بين الحين والآخر، وأهمها ما حدث في أكتوبر ١٩٩٤، وأكتوبر ١٩٩٧.

ويعن لنا في هذا المقام سؤال: إلى أي معدل تكون الاضطرابات النفسية قد ارتفعت في المجتمع الكويتي بتأثير من هذا العدوان وبوصفها رد فعل له؟

الحق أنه لا تتوافر بحوث نفسية واقعية بدرجة كافية على المجتمع الكويتي قبل العدوان حتى يمكن مقارنة معدلات ما بعد العدوان بها، ذلك أن التصميم التجريبي المثالي لهذه الدراسات المقارنة «تصميم قبلي - بعدي» Pre-post design. ومع ذلك فإن بعض الدلائل متاحة، **ومن بين هذه المؤشرات خمسة كمايلي:**
الأول: الملاحظات الشخصية لبعض المواطنين الكويتيين من الثقات من أهل الاختصاص والخبرة، ممن عاشوا في وطنهم وعايشوا أهله قبل العدوان وبعده، كما أنهم الأقدر بحكم موقعهم وتخصصهم (علم النفس) على الإدلاء برأيهم وتسجيل ملاحظاتهم، فقد أكدوا على وجود آثار سلبية عديدة بعد العدوان.
الثاني: ملاحظات المدرسين التي تؤكد زيادة مؤشرات الاضطراب وبخاصة العنف والعدوان لدى تلاميذهم بعد العدوان بالمقارنة إلى ما كان قبله[1].
الثالث: دراسة أجريت على طلاب جامعة الكويت، تشير نتائجها إلى كثير من الآثار النفسية السلبية على الطلاب نتيجة للعدوان العراقي، وذلك من وجهة نظر هؤلاء الطلاب أنفسهم (أحمد عبدالخالق، وعويد المشعان، ١٩٩٤).

الرابع: دراسة تثبت زيادة القلق بعد العدوان (عام ١٩٩٤) بالمقارنة إلى ما كان قبله (عام ١٩٨٨) لدى طلاب الجامعة من الجنسين (أحمد عبدالخالق، ومحمد نجيب الصبوة، وفريح العنزي، ١٩٩٥).

الخامس: نتائج البحوث العالمية التي تحدد معدلات الزيادة في الاضطرابات النفسية

(١) هم من المدرسين العاملين في مدرسة أحمد البشر الرومي الثانوية للبنين بالكويت في العام الدراسي ٩٢/ ١٩٩٣.

بعد الحروب بوجه عام بأنها تصل إلى ضِعْف معدلها قبل الحرب على الأقل. فإذا كانت معدلات الاضطراب النفسي بوجه عام ودون تخصيص لتصنيف معين تصل إلى ٢٠/ ١٠٠٠ من السكان (أي عشرون حالة مرضية لكل ألف من السكان)، فإن التوقع أن تصل إلى ٤٠/ ١٠٠٠ على الأقل.

كما تشير الدراسات الرائدة في علم النفس الحربي إلي أن معدلات الاضطراب النفسي أو العصاب Neurosis تزداد بعد نشوب الحرب، أما معدلات المرض العقلي أو الذهان Psychosis فلا تتأثر بالحرب إلا قليلا. ويدلل ذلك - من بين ما يدلل - على الطبيعة الاستجابية Responsiveness المتعلقة برد الفعل Reaction في العصاب، بما يعني أن الاضطراب النفسي - في جانب غير قليل منه - رد فعل أو استجابة من شخص لديه استعداد عصابي، لمواقف عصبية ضاغطة تحدث في البيئة التي يعيش فيها هذا الشخص.

على أن الاضطراب النفسي الأساسي الذي يعد رد فعل أو استجابة للحرب بوصفها حادثاً صدمياً Traumatic event وخبرة صادمة، ليس هو القلق العام ولا الخوف المرضى ولا الاكتئاب، فماذا يكون إذن؟

٣ - اضطراب الضغوط التالية لصدمة العدوان العراقي

إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) من أهم الآثار النفسية السلبية المترتبة على العدوان العراقي ضد دولة الكويت، وذلك لأسباب عدة. فإذا كان كل من القلق وقلق الموت والخوف والاكتئاب يمكن أن تكون من بين النواتج النفسية السلبية لهذا العدوان، فإنها يمكن أن تكون أيضاً أعراضاً ثانوية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ومن ثم ففي هذا الاضطراب يمكن أن تجتمع كل أشكال العصاب. ومن ناحية أخرى فإذا كان اضطراب الضغوط التالية للصدمة له كثير من المسببات (كالاغتصاب والزلازل وحوادث السيارات وغيرها) فليس كالحرب مسبباً له ومحدثا، إذ يمكن أن تجتمع فيها

كل الصدمات التي يصنعها البشر. وقديماً قال شاعرنا العربي المبدع «زهير بن أبي سلمى»:

وما الحرب ألا ما علمتهم وذقتم وما هو عنها بالحديث المرجَّمِ
متى تبعثوها تبعثوها ذميمة وتَضْرَ(*) إذا ضريتموها فتَضْرَمِ

لقد أجريت بحوث كثيرة بهدف فحص مختلف الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي على الكويت مثل: الشخصية، والقلق، وقلق الموت، والاكتئاب، والخوف، والعدوانية. وحيث إنه لم تتح على الأغلب دراسات قَبْلية (أي قبل العدوان)، فقد قارن كثير من الباحثين النفسيين بين عينات كويتية من الصامدين والنازحين - وهذا إجراء علمي مسوغ، وعلى الرغم من هذا العدد من البحوث والدراسات فإن التشخيص المستقل: «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» لم يلق من الاهتمام ما يليق بكل من أهميته ووثاقة علاقته بالحرب وآثارها السلبية.

ونظراً لما قام به المعتدي ابتداء من العدوان حتى التحرير من ممارسات غير إنسانية وغير أخلاقية رآها كثيرون رأى العين (انظر: عويد المشعان، ١٩٩٣ «ب») فمن الممكن أن نفترض أن حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ذات درجة شديدة، ويمكن أن تدوم زمنا غير قصير. وعلى الرغم من أنه ليس من أهدافنا سرد حالات أو ذكر نماذج، فيكفي أن يتصور القارىء حالة شاب في العشرينات من عمره، تم تعذيبه في أثناء العدوان بوضع سلك كهربي داخل عضوه التناسلي، وتمرير التيار الكهربي فيه فدمره تدميرا!

ثم انظر إلى قول الشاعر «يعقوب الرشيد» في هذه الأبيات الحساسة، التي تعكس كوامن نفس متألمة لما جرى من غدر:

وقد راعنا ما كان منْ غدر جارنا وقد هالنا ما كان في الناس يفعل

(*) تَضْرَ: أي تشتد وتستعر نارها.

فلا الأم تدري أين بات رضيعها ولا الطفل يدري فيم يُسبى ويُقتل
فقد ضاع دفء الأمن من بين أهلنا وحل محل الأمن ذعر مجلجل
وقد سُدّت الأبواب والظلم حاطم ليُسحق أطفال ويهوي مبجل
وتُهتك أعراض الحرائر عنوة وتوطأ بأقدام الغزاة وتُسحل

وتجدر الإشارة إلى أن «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» لم يفرق بين عسكري ومدني من أهل الكويت، ذلك أن صدمة العدوان قد تعرض لها الجميع. صحيح أن المعتدى كان يبحث دوماً عن العسكريين، ولكن الأحداث والفظائع والممارسات قد تساوي أمامها الكل.

من المؤكد إذن أن يكون العدوان العراقي على دولة الكويت سبباً في ظهور حالات جديدة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وزيادة معدلات الاضطراب. وضمت هذه الحالات - على الأقل - أربع فئات هي: المحاربون الكويتيون، والمدنيون الكويتيون، والمقيمون من الأجانب، والمحاربون من قوى التحالف. وعلى الرغم من أن الإحصاءات الدقيقة غير متاحة لنا حتى الآن فإن هناك عدداً من الدراسات الأمريكية على العسكريين الذين اشتركوا في هذه الحرب، وأصيبوا باضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويعالجون منه حاليا أو في الماضي القريب. وفضلاً عن ذلك فإن هناك حالات كويتية مصابة بهذا الاضطراب، تعالج في مراكز محددة فضلاً عن مستشفيات الطب النفسي.

وتدل البحوث العلمية على أن الظروف المناظرة لما تعرض له أهل الكويت مسببة حتما لعدد من الحالات تصاب باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وليس هذا فحسب، بل إن لهذا الاضطراب في كل مجتمع معدلات حدوث Prevalence Rates (أي عدد الحالات المصابة في كل ألف من السكان)، وغنيّ عن البيان أن معدلات حدوث هذا الاضطراب تختلف من ظرف إلى آخر ومن صدمة إلى أخرى، ومع ذلك فإن الدلائل تشير إلى أن هذه الحالات يمكن أن تكون غير قليلة في حرب الخليج الثانية، وذلك لأسباب شتى.

ومن بين هذه الأسباب أن هذه الحرب لم تؤثر في العسكريين فحسب، بل لحقت المدنيين والمقيمين أيضاً، كما أن المعتدى مارس أكبر قدر من الاعتداء والاغتصاب والقهر والأسر والتنكيل والإذلال والقتل والسلب والنهب (انظر: عويد المشعان، ١٩٩٣ «ب»).

إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه أحد الفئات الفرعية في اضطرابات القلق - كما أسلفنا - له أسباب متعددة في المجتمعات الإنسانية، ومعدلات انتشار محددة بالتبعية، وينسحب ذلك بطبيعة الحال على المجتمع الكويتي، ومع ذلك فمن نافلة القول أن نذكر: إن الاحتلال العراقي وممارساته كان السبب الرئيس في الغالبية العظمى من حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الأعوام التالية له كما أوضحنا.

٤ - العدوان العراقي مسبباً للتغير المعرفي السلبي

تتجسد الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي - على الأغلب - في ارتفاع معدلات الإصابة - عن ذي قبل - بالاضطرابات النفسية الأربعة التالية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والقلق ، والاكتئاب، والخوف. ولكل واحد من هذه الاضطرابات الأربعة مجموعة من الأعراض، بعضها فريد في ذاته، والآخر مشترك مع غيره. وفضلاً عن ذلك فإن هناك تغيراً معرفياً Cognitive سلبياً حدث في الخريطة المعرفية للمواطنين بتأثير من هذا العدوان. ما علة ذلك وما علاقته بالحرب؟

الحرب كارثة حقيقية، ففيها تُنتهك الحريات والحرمات والممتلكات، ويَصْدُرُ عن المعتدى عادة كل ما يمكن تصوره، أو عدم تصوره. ويتلقى المعتدَى عليه الصدمة تلو الصدمة، ويُبتلى في ماله وعرضه وولده، ولا يأمن على يومه ولا غده. يحتاج توفير مطالب أسرته ونفسه جهداً جهيداً لم يعتد عليه، مع تهديد موصول بالاعتداء أو القتل أو الأسر، يقع عليه أو على أحد أفراد أسرته.

لقد دلت الدراسات السابقة التي فصلنا القول عنها في الفصل الخامس على أن مثل هذه الظروف المؤدية إلى الأحداث الصدمية ينجم عنها دحض الافتراضات

وهدم الاعتقادات الأساسية، فيترتب عليها تغير معرفي سلبي؛ أي تبدل سلبي في المخططات المعرفية لدى كثير من المواطنين الذين طالتهم الكارثة على مستوى شخصي. وتعتمد هذه المخططات على عالم افتراضي يسلم بأن العالم مجبول على الخير، وبأن لأحداث العالم معنى، وأن النفس أو الذات إيجابية وجديرة بالتقدير. ولقد نجح هذا العدوان في هدم هذه الافتراضات، وكان هذا بالنسبة لطائفة من المواطنين الذين تعرضوا للعنت والقسوة والمشقة، فأصيب بعضهم باضطرابات نفسية أهمها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بما له من أعراض محددة.

ويعد العدوان العراقي على الكويت مثالاً نموذجياً للصدمة النفسية، فإذا كانت الحرب - وأي حرب - مسببة للصدمة، منتجة للاضطرابات النفسية، فإن هذه الحرب على وجه الخصوص يمكن أن تكون مؤدية إلى ذلك جميعاً، ويبدو أنه كان لهذه الحرب على التحديد خواص معينة جعلت ما ينجم عنها من صدمة، أعنف، وما يترتب عليها من عنت، أشد، وما أدت إليه من آثار سلبية، أخطر. ومسوغات هذا الاستنتاج - على المستوى العقلي المعرفي - عديدة، نعرض لبعضها في الفقرات التالية.

لقد صدر هذا العدوان العراقي عن جار يتقاسم وأهل الكويت ظروف اللسان والدين والمكان، ولنتذكر ولنعتبر بتوصية رسولنا الكريم محمد صلى الله عليه وسلم، بالجار حتى قيل: إنه كاد أن يورثه!: «من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فلا يؤذي جاره»(*). ولنتذكر أيضا- على مستوى الشريعة الإسلامية السمحة - أن «المسلم من سَلِمَ المسلمون من لسانه ويده»، ولنعتبر بالحديث النبوي الشريف فيما معناه: لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه»(**)،

(*) حدثنا قتيبة بن سعيد حدثنا أبو الأحوص عن أبي حصين عن أبي صالح عن أبي هريرة قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فلا يؤذي جاره، ومن كان يؤمن بالله واليوم الآخر فليكرم ضيفه، ومن كان يؤمن بالله واليوم الآخر فليقل خيرا أو يصمت».

(**) عن مسدد عن يحيى عن شعبة عن قتادة عن أنس رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم.

وكذلك قول النبي محمد صلى الله عليه وسلم فيما معناه: «ليس لمسلم أن يروِّع مسلماً». هذا العدوان إذن يتناقض مع حقوق الجار، ولا يحقق تعريف المسلم، ولا يتفق وخصائص الإسلام، وفي كل ذلك - أو حتى بعضه - هدم للافتراضات الأساسية التي يسلم بها المواطن في الكويت، فلا العالم خيِّر ولا أحداثه ذات معنى، بل على العكس من ذلك: ففي العالم كثير من الشرور، وكثرة من الأشرار، والأحوال غير مواتية، والنتائج سلبية، والحظ عاثر، وأحداث العالم كالصدمة، غفل من المغزى (انظر الفصل الخامس).

ولقد صور الشاعر الكويتي المبدع يعقوب الرشيد حالة الفزع والرعب والهلع إبان الاحتلال في هذه الأبيات التي تكشف عن انفعال شديد لما حدث، وتأثر كبير بما ارتُكب:

ننام على رعب ونصحو بمثله وتُنشر أخبار تسيء وتنزل
على القلب مثل الجمر يكوي شغافة لفقد صغار الحي والحي أعزل
وفي الليل أشباح تقض منامنا وفي الصبح آلام تدور وتُقْبِل
وفي قبضة الجند اللئام منية وفي قلبهم حقد من الظلم أرذل

ونظراً للاشتراك في الحدود بين البلدين، وتلاصق الدولتين، فقد نشأت عبر السنين الطوال علاقات ود بين أهل البلدين، وصلت إلى الزواج والمصاهرة، وليس كالتزاوج أساس لعلاقات المودة والمحبة الناتجة عن صلات القربى ووشائج الأرحام. ولكن تلقى الطعنات ممن نتوقع منه المودة والرحمات أمر له مذاق مر، يذكرنا بقول طرفة بن العبد:

وظلم ذوي القربى أشد مضاضة على المرء من وقع الحسام المهند

وبعد أن انتهى العدوان وطُرِدَ المعتدي فرح الناس ولكن لم تكتمل فرحتهم، فقد فوجئوا بمشاكل ما بعد التحرير، ولعل أخطرها تلوث البيئة الناتج عن حرق آبار البترول وتدميرها. وقد نجم عن ذلك أكبر كارثة بيئية من صنع الإنسان في هذه المنطقة في العقود الأخيرة. وإذا كانت دوافع ذلك واضحة جلية فقد مثَّل

ذلك صدمة ثانية لكثير من المواطنين النابهين الذين يخشون على أنفسهم ووطنهم من هذا التلوث الخطير، وأسهم ذلك أيضاً في هدم الافتراض القائل بأن العالم خيِّر، وبأن أحداثه ذات مغزى.

٥ - دراسة واقعية للضغوط ومواجهة الصدمة في حرب تحرير الكويت

قام المؤلفون في هذه الدراسة (Dinneen, Pentzien & Mateczun, 1994) بفحص الضغوط الواقعة على طاقم السفينة العائمة التي استخدمت مستشفى (واسمها: USNS-Comfort). ويذكر المؤلفون أن صدام حسين أمر الجيش العراقي باحتلال الكويت في ٢ أغسطس عام ١٩٩٠، وبعد سبعة أيام من هذا التاريخ أُخبر طاقم السفينة أنهم يمكن أن ينتشروا لدعم قوات الأمم المتحدة. وكان هذا الأمر نقطة البدء لثمانية أشهر من التجوال وسلسلة من الأسفار. وسُمِحَ لهم بفترة بلغت خمسة أيام تقريباً لإعداد أنفسهم لهذه المهمة، وفي هذه المدة ذاتها تم تجميع عدد من الرجال والنساء من خلفيات مختلفة، وأُرسلوا إلى السفينة ثم أَبحروا وواجهوا حرباً وشيكة الحدوث.

وتكوَّن طاقم السفينة المستشفى من ٨٣٠ مستخدماً طبياً، بما فيهم ٦٤ طبيباً، وثلاثة أطباء أسنان و٢٠٠ ممرضة، و٥٦٠ مجنداً بحرياً مدرباً على الإسعاف الأولي، واشتمل العاملون في الصحة النفسية على السفينة على اثنين من الأطباء النفسيين، واختصاصي في علم النفس، واختصاصي اجتماعي، و١٨ ممرضة طبية نفسية، و٢٠ فنياً في الطب النفسي، هذا فضلاً عن ثلاثة قسيسين. وقد خَصَّصَتْ هذه السفينة الطبية في أثناء انتشار الجنود في حرب تحرير الكويت حوالي مائة سرير، وُضعوا في عنبرين متجاورين، وخُصِّصوا لرعاية الحالات الطارئة الطبية النفسية.

ويشار إلى معظم الصدمات التي واجهها طاقم السفينة الطبية على أنه «مرحلة

ما قبل الصدمة مباشرة» Immediate precrisis period، وقد تستمر ضغوط الصدمة والكارثة ثواني أو دقائق أو أياماً أو حتى سنين، وذلك بالنسبة لضحايا صدمات مثل الزلازل والأعاصير أو الاختطاف، ولكن هذه الضغوط عندما تكون مزمنة فغالباً ما يغفلها الباحثون والإكلينيكيون وقادة المجتمع، ويتغاضون عنها.

إن الفرد يعرف خلال فترة الانتظار أو التوقع، والتي قد تستمر من ثواني إلى سنين، أن هناك كارثة أو صدمة ستحدث، ولكنه لا يعرف كم ستكون خطيرة، لقد واجهت قوات درع عاصفة الصحراء التي انتشرت في مسرح العمليات خمسة أشهر من الضغوط السابقة على الصدمة Precrisis، واتسم الجو السائد بالتوتر والقلق والملل والتيقظ المرتفع وعدم إمكان التنبؤ وتغير الأدوار الشخصية والمهنية تغيراً جذرياً.

وتصف هذه الدراسة الضغوط الواقعة على الطاقم العامل على ظهر هذه السفينة المستشفى خلال حرب تحرير الكويت (أو ما يسمونه حرب الخليج الفارسي)، فضلاً عن كيفية مواجهة هذه الضغوط. ويصف المؤلفون أحد الأمثلة حيث انتشر أعضاء فريق الصحة النفسية على سفينة مجاورة لتقديم الاستشارة والعلاج في الموقع ذاته بعد حدوث كارثة في البحر، ونبدأ بتقديم الضغوط الواقعة على طاقم السفينة المستشفى.

الضواغط Stressors:

كان لدى طاقم السفينة وقت قصير (أو لا وقت لديهم) للتوافق مع فكرة الحياة على ظهر السفينة والانفصال عن الأسرة والأصدقاء، ولم يقم ٩٠٪ من أعضاء الطاقم بانتشار حربي من قبل، ولم يتوقعو أن يخرجوا إلى البحر. وعلى الرغم من أنه قيل لهم بشكل متكرر بأن السفينة سوف تُبحر، فإن كثيراً منهم كان يعتقد أن ذلك لن يحدث في الحقيقة. وتبددت الأيام الأخيرة الثمينة مع الأصدقاء

والعائلات في اندفاع أفراد الطاقم لشراء ما سيحتاجونه على ظهر السفينة. ولم يقم كثير منهم بالمهام الأسرية المطلوبة منهم، والحقيقة أن كثيراً من أفراد الطاقم لم ينفصل أبداً قبل ذلك عن زوجاتهم وأطفالهم، وكانت ضغوط عامل الزمن كبيرة عليهم.

توقع الحرب:

رحلت السفينة في ١٣ أغسطس وكانت الحرب وشيكة الحدوث، وقيل لطاقم السفينة إنها محمية بقوات مناسبة، وكان لدى كل فرد تخيلات مختلفة عما يمكن أن تأتي به رياح الحرب، وأدت هذه التخيلات إلى شائعات دعمت مشاعر العجز.

وتلخصت إحدى الشائعات في أن السفينة هدف أَوليّ لصدام حسين، وهو طاغية مستبد، دمر المستشفيات في حروب سابقة، وكان على السفينة صلبان ضخمة حمراء منقوشة على جانبيها (للدلالة على أنها مستشفى)، ووُضعت طائرات للدفاع عن السفينة.

وكان تهديد هجوم الصواريخ نقطة مركزية للخوف والقلق، وكان هناك توقع عام أن السفينة معرضة بشدة لهجوم الصواريخ، وكانت الطمأنة المتكررة من قائد السفينة من أنها محمية بقوات غير مرئية لا أثر لها تقريباً في تهدئة القلق، واعتقد الناس على ظهر السفينة أنها إذا هوجمت فإنها سوف تغرق كحجر.

عدم إمكان التنبؤ:

كانت الحياة على ظهر السفينة منظمة، ولكن كثيراً من الأمور كانت غير قابلة للتنبؤ، فكانت المهمة غير واضحة لطاقم السفينة، وتغير خط سير السفينة ومقصدها الأخير يومياً، وكان التوقع أن تسفر هذه الحرب عن قتلى وإصابات من الحلفاء فيما بين ٣٠٠، و ٣٠,٠٠٠ قتيل ومصاب.

ولقد رغب أفراد الطاقم في الاتصال بأسرهم، وأن يلمسوا الأرض الصلبة تحت أقدامهم، ويتذوقوا طعام الشاطىء، أو حتى يكون لهم بعض الخصوصية.

وصدرت أوامر قائد السفينة بإعداد قوائم يذهب على أساسها الأفراد إلى الوطن بطريقة التدوير، أي أن تذهب المجموعة الأولى ثم تعود ويليها الثانية ثم تعود . . . وهكذا. وحاول كل فرد أن يكون في القائمة الأولى، وتراسل الأفراد مع أسرهم بهذا الخصوص، ولكن الرئيس «بوش» أعلن في أوائل ديسمبر أن سياسة التدوير لن تُتبع، وأُبلغ طاقم السفينة أنهم يجب أن يعدوا أنفسهم للبقاء مدة عام.

وبعد هذا الإعلان تزايد الغضب والاكتئاب والشكاوي من الصداع ودوار البحر وآلام العضلات والتعب، وذهب أفراد الطاقم إلى حجراتهم يبكون، وندد بعضهم بنقص القيادة، وأعرب آخرون عن خوفهم من أن تكون السفينة بلا هدف، وأنها تُركت تحت رحمة الرياح والتيارات، وأنه لا أَحَدَ يهتم بها.

وكان الأيسر بالنسبة لكثير من أفراد الطاقم أن يواجهوا المجهول بعدم التخطيط للعودة، حيث كان الموقف غامضاً، ويصعب التنبؤ بأي شيء.

نقص المعلومات:

كان للسفينة اتصال محدود جداً بالعالم الخارجي، وكان إرسال الإذاعة البريطانية غير واضح ولا يشبع شهية طاقم السفينة للمعلومات، وكان هناك تليفون واحد على السفينة، وكان متاحاً فقط للطوارىء الحقيقية، أما البريد فكان الرابطة الأساسية مع الوطن، ولكن تسلمه كان متقطعاً ولا يمكن التنبؤ به، وشاعت شائعات كثيرة، وبدأ ضابط الشؤون العامة يطبع صفحتين يومياً يلخص فيهما أحداث العالم، وكانت تُقرأ باهتمام شديد.

وتحقق الاتصال بالوطن عن طريق الخطابات وشرائط الفيديو وشرائط

المسجل ومكالمات هاتفية مختصرة، وكان البريد مصدراً لكل من العزاء والسلوى والإثارة والحزن والغضب والقلق والفرح، وكانت الخطابات إما مصدر سعادة غامرة أو تثبيطا للهمة بشدة.

كما كان البريد يؤدي خدمة مهمة بوصفه مُذَكِّراً بأن من تركهم الشخص في الوطن هم أناس حقيقيون، وكان يُذكِّر أفراد طاقم السفينة بأن الأحبة لن ينتظروا إلى الأبد، وأن الفواتير ما تزال تحتاج إلى الدفع، وأن بعض أفراد الأسرة قد مات، وأن الحياة المدنية تسير قُدماً، وأصبح أفراد الطاقم خائفين من فقد أقرانهم، ويقرأون ما بين السطور للبحث عن دليل على الخيانة أو تناقص الاهتمام.

الضغوط البدنية:

كانت الضغوط البدنية على ظهر السفينة كثيرة، وخلال الأسابيع الأولى ربط كثير من أفراد الطاقم أقدامهم بعصابات لحماية التقرحات التي حدثت من كثرة صعود السلالم وهبوطها.

وأصيب معظم الأفراد خلال الشهر الأول بفيروس غير محدد الهوية سمي باسم السفينة «كومفورت»! وأُجبر كل فرد على التكيف مع نظام جديد للتغذية: قليل، ومرتفع الدهون وموحد (روتيني). وكان خمسون تقريباً من أعضاء الطاقم البالغ عددهم ١٣٠٠ يزورون العيادة كل يوم، وكانت الشكاوي عامة بسيطة، وتشتمل على دوار البحر، والتواء المفاصل، وشد العضلات، والصداع، وأعراض فيروسية.

وكانت الحرارة مشكلة تسببت في سرعة التعب والإثارة وزيادة إفراز العرق. أما الضوضاء فكانت كذلك مشكلة نتيجة ارتفاع صوت آلات السفينة.

الجو الاجتماعي:

تطلّب التكيف للحياة العسكرية على ظهر السفينة تغييراً أساسياً في الهوية

لكثير من الناس، فأولئك الذين كانوا يفكرون في أنفسهم سابقاً على أنهم مدنيون يلبسون الزي العسكري في بعض الأوقات فقط، أصبحوا يتكيفون للبس الزي العسكري أربعاً وعشرين ساعة في اليوم.

وفي هذه السفينة التي تبلغ مساحتها ٩٠٠ قدم وعلى ظهرها ١٣٠٠ فرد فإن الخصوصية Privacy كانت مستحيلة، فإن الأشخاص الذين كانوا معتادين على منازلهم الخاصة أو شققهم وغرفهم وحياتهم الخاصة أصبحوا الآن يشتركون مع غيرهم في المكان نفسه، فكان الضابط يعيش مع عدد يتراوح بين خمسة وسبعة أفراد آخرين، على حين عاش المجند مع ١٢٦ آخرين في غرفة واحدة. وهذه العودة إلى نمط الحياة ذات السكن الداخلي المشترك ينتج عنها اختلاف حول موضوعات مثل: متى تُطفأ الأنوار، متى تُوضع الساعات المنبهة وعددها، ومن يذهب إلى المغسلة أولا، ومن ينام على السرير العلوي. وكان الصراخ والاحتجاج ينتهي عادة إلى الدموع وأحيانا إلى تبادل اللكمات.

وفيما يختص بالأطباء، فكان هناك نقص عام في الأهداف والأنشطة، فاهتم كثير منهم بالتمرينات الرياضية، على حين أصبح غيرهم ينامون بطريقة ممتازة! ويقضون حوالي عشرين ساعة في السرير كل يوم. وأصبح شعار الجراحين: «نم حتى تصبح جائعاً، كل حتى تتعب». وكان الناس الذين اعتادوا على قضاء من ١٢ - ١٤ ساعة في العمل يومياً يبحثون الآن عن طرق لملء أوقاتهم، وكان الملل مشكلة أساسية.

وشعر كثير من الأفراد بالذنب والاضطراب عندما وجدوا أنهم يستمتعون بالتحرر من مسؤولياتهم الأسرية، وحدثت نقلة حضارية كبيرة، ففي حين يحتفل الناس بعيد الميلاد عادة مع أسرهم فإن طاقم السفينة احتفل بالمناسبة في ظل الضوضاء الناتجة عن آلات السفينة، وعلى ضوء آلات الحرب، ويلخص جدول (٤٨) الضغوط الحربية الناتجة عن انتشار القوات.

جدول (٤٨): الضغوط الواقعة على طاقم السفينة
عند انتشار القوات في حرب الخليج الثانية

أنواع الضغوط
١ - الانفصال.
٢ - الإرهاب.
٣ - الهجوم بالأسلحة البيولوجية والكيميائية.
٤ - الهجوم بالصواريخ.
٥ - نقص المعلومات.
٦ - تأخر البريد.
٧ - عدم إمكان التنبؤ.
٨ - الضغوط البدنية.
٩ - الملل.
١٠ - نقص الخصوصية.
١١ - التغير في القواعد العامة.

المواجهة والتكيف:

وكانت هناك - من ناحية أخرى - أنشطة إيجابية تدل على حسن تكيف أفراد السفينة لحياتهم الجديدة ومواجهتهم الناجحة لمتطلباتها، فكانت هناك على ظهر السفينة تمرينات رياضية، وجمباز، وكرة سلة، وجري، ومشي، وأفلام، ونشاط كبير في المراسلة وكتابة الخطابات، ومحاولات ناجحة للتحكم في وزن الجسم، وموسيقا الجاز، وأنشطة اجتماعية منظمة، ودعم اجتماعي، وكل ذلك خَفَّض من مشاعر العجز وحَسَّنَ تقدير الذات، وتسامى بالرغبات الأخرى، وأصبح كثير من الأفراد أصدقاء حميمين.

وكانت العلاقات الجسدية والجنسية ممنوعة بأمر القائد، وتلخص العقاب في الإيقاف عن العمل والجوع. ويبين جدول (٤٩) الوسائل التي ساعدت على المواجهة والتكيف.

جدول (٤٩): طرق المواجهة والتكيف على السفية الحربية

طرق التكيف
- التدريب والعمل. - الدُّعابة. - التمرينات الرياضية. - الدعم الاجتماعي والصداقة. - الاتصال بالأسرة. * خطابات إلى الأسرة. * خطابات من الأسرة. * شرائط صوتية وفيديو. - الأفلام السينمائية.

الرعاية الصحية النفسية:

تكوّن فريق الصحة النفسية من كل من: الطبيب النفسي للسفينة، واختصاصي علم النفس، والاختصاصي الاجتماعي، وممرضة الطب النفسي فضلاً عن قسيس السفينة. وتقابل أعضاء الفريق يومياً وقاموا بأنشطة مشتركة، وكان هناك تبادل حر للأفكار، مع رفع كل من الثقة والزمالة بين أفراد الفريق، ووَضَعَ الفريق خطة للصحة النفسية، وقام الفريق بنوع من التربية الخاصة بالضغوط، وتوجيه المشورة للقائد، والتدخل الجمعي.

واتفق أعضاء الفريق على أنه من الضروري أن تقدم الخدمات النفسية لأفراد طاقم السفينة، ورجال الإسعاف في مسرح العمليات، وحالات ضغوط الحرب، وحالات الكوارث والإصابات التي تأتي من خارج السفينة خلال الحرب. وتلقت السفينة عدداً كبيراً من الإصابات الطبية النفسية، وتلخصت المهمة الأساسية لأعضاء الفريق في تقديم المعلومات والتدريب لأفراد طاقم السفينة للوقاية ضد ضغوط الحرب، وفي الوقت نفسه القيام بالأدوار التقليدية مثل تقديم الاستشارات للمرضى الداخليين والخارجيين.

وقد تزايدت احتمالات الخطر لدى الممرضات ورجال الإسعاف للإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة الحاد والمزمن.

تقديم الاستشارات:

من أحد جوانب الطب النفسي العسكري ومسلَّماته، أن العاملين في مجال الصحة النفسية يجب أن يكونوا جاهزين للسفر إلى الخطوط الأمامية لتقديم المساعدة والاستشارة. وتعد المهارات اللفظية وقدرة الفرد على الإقناع على درجة كبيرة من الأهمية، ويجب أن يواكبها فهم واضح لأولويات البعثة العسكرية.

التدخل في إحدى الكوارث:

قام فريق الصحة النفسية بمهمة تقديم الاستشارات والتدخل في إحدى الكوارث للسفينة «إيوو جيما» USS IWO Jima، وهي سفينة هجومية برمائية تنقل طائرات الهليوكبتر وجنود البحرية والأجهزة التي تدعم العمليات البرمائية، وقد استدعيت هذه السفينة للعمل في درع عاصفة الصحراء. وفي ٣٠ أكتوبر عام ١٩٩٠ أبحرت السفينة من دولة البحرين بعد إصلاحات كاملة في الغلايات حيث كانت تسير بالبخار.

وقد كُلِّفَ عدد من أفراد طاقم هذه السفينة بالخدمة في غرفة الغلايات، حيث بدأ فجأة تسرب البخار بقوة ستمائة رطل لكل بوصة مربعة من أحد الصمامات الأساسية التي توصل الغلاية بالمحرك الذي يدار بقوة البخار، وتمكن أحد الرجال من الهرب عن طريق سلم، ولكن خلال ثوان قليلة امتلأت غرفة الغلاية كلها ببخار شديد الحرارة فحرق الرجال العشرة الباقين. وفُقِدَتْ الطاقة من السفينة، وذهب الفريق الطبي وفريق السيطرة على الأضرار للعمل، وتمكن أربعة رجال من تسلق السلالم خروجاً من غرفة الغلاية إلى غرفة الطعام على ظهر السفينة وهم يتألمون بشكل صارخ، وقام أصدقاؤهم بتقديم المساعدة لهم. وتسبب البخار في حرق وانتفاخ وتشويه وتغير لون الجلد، وكان كثير ممن تم إنقاذهم يلهثون

ويتنسمون الهواء لأن أنابيب الهواء في غرفة الغلاية انتفخت حتى أُغلقت. وقام حاملو المحفات بشد مساحات كبيرة من الجلد حينما حاولوا تحريك أصدقائهم. ومات ستة رجال في مكان الحادث، ولكن أربعة رجال وُضعوا في القسم الطبي وطارت بهم طائرة هليوكبتر إلى السفينة المستشفى، حيث ماتوا جميعاً في النهاية على الرغم من الجهود البطولية من جانب الفريق الطبي.

وتلقت السفينة المستشفى فكرة عن الكارثة قبل وصول المصابين بثلاثين دقيقة. وأَرسل قائد السفينة فريقاً للصحة النفسية إلى السفينة التي أصيبت بهذه الكارثة بعد أربع ساعات من انفجار البخار من المرجل (الغلاية)، ووصل الفريق بعد ذلك ببضع ساعات إلى البحرين، وقد رُبطت السفينة «إيوو جيما» إلى لسان ممتد في البحر، ولكنها فقدت الطاقة الكهربية. وكانت السفينة هادئة وساخنة ومليئة بروائح كريهة.

ونصح الطبيب النفسي قائد السفينة بألا يوافق على أن يتحرر الطاقم من السفينة فوراً، ولكن بدلا من ذلك يُقدِّم لهم خدمة هاتفية، ويُوَفِّر لهم إعلان متكرر يُخبرهم بأية تطورات، ويُؤَمِّنُ لهم - بالإضافة إلى ذلك - الراحة والتغذية المناسبتين حتى يقلل من ردود أفعال الضغوط.

وقام الضابط التنفيذي للسفينة بجولة تفقدية في غرفة الغلاية، وكانت الغرفة كلها مغطاة برغاوي الهالون المستخدم في إطفاء الحريق، وأعطت المساحة المظلمة إحساساً مخيفاً وغريباً، وظلت قطع الجلد على الممرات والسلالم، وكان حذاء أحد أفراد الطاقم محشوراً بين الآلات.

وتلخصت مهمة الطبيب النفسي في تحديد البحارة الذين يمكن أن يقعوا في خطر الإصابة بردود أفعال الضغوط، وقَدَّمَ اقتراحات عملية متصلة بالتدخل المبكر، كما قُدمت دروس محددة للطاقم الطبي في السفينة، فيما يختص باستخلاص المعلومات عن الكارثة، والاستجابات المتوقعة للصدمة النفسية، وقَدَّم محاضرة لضباط السفينة عن الاستجابات للصدمة وآثار الكارثة.

وتم تحديد أفراد السفينة الذين يمكن أن يقعوا في خطر الاضطراب وهم: فريق مكافحة النيران، ومن أجلوا البحارة الموتى أو المحتضرين، أو من عملوا في الغلايات قبل ذلك. وكُونت منهم مجموعات سُمح فيها بالتعبير الحر عن الأفكار والمشاعر عن الكارثة، وُطلب منهم وصف خبراتهم في أثناء انفجار البخار، وأدى ذلك إلى تكوين صورة متماسكة عن الكارثة، والتعبير عن مشاعر قوية، ونُصح أفراد طاقم السفينة أخيراً بأن يتجنبوا الخمر، والتشاجر بالأيدي، والقرارات الأساسية في الحياة حتى يَخْمَدَ أثر الصدمة الحالية.

وخلال الشهور الخمسة التالية لانفجار البخار لم يَدْخُل أي فرد من طاقم السفينة، المستشفى لأسباب طبية نفسية متصلة بالكارثة. وأُصلحت السفينة وأُكملت بعثتها في دعم عملية عاصفة الصحراء (Dinneen, Pentzien & Mateczun, 1994).

٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند جنود عاصفة الصحراء

على الرغم من أن كل حرب تأتي معها بمجموعة من الضغوط الفريدة، فإن كثيراً من الدروس المستفادة من حرب فيتنام قد تكررت في عملية عاصفة الصحراء. فقد استُدعى إلى الخدمة في الخليج بين أغسطس عام ١٩٩٠ ومارس ١٩٩١ نصف مليون (٥٠٠,٠٠٠) مستخدم في المجال العسكري منهم (٤٠,٠٠٠ امرأة). ومع أنه كانت هناك حالات قليلة من كل من الاستجابة لضغوط القتال Combat stress reaction (CSR) واضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD فإن هذه الحرب - كأي حرب - كانت لها تكلفتها، وعلى الرغم من أن معدلات اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانت منخفضة عن نظيرتها في حرب فيتنام فكانت هناك «جيوب» لاضطراب الضغوط، فإن الأفراد والوحدات التي مرت بخبرة الضغوط الشديدة قرروا - بالتبعية - مستويات مرتفعة من اضطراب الضغوط والأرجاع النفسية الأخرى.

وقد درس «روزنهيك» ٤٥٠٠ جندي في حرب الخليج (معظمهم من الحرس الوطني ووحدات الاحتياط)، ووجد أن ٩٪ تقريباً من العائدين قرروا أن لديهم أعراضاً لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، و٣٤٪ خبروا أشكالاً أخرى من الألم النفسي الشديد في الشهور التالية لعودتهم. وعندما عادوا إلى الوطن شعروا بالدوار والخَدَر والتهيج والغربة، وكانت لديهم صعوبة في إقامة صلات انفعالية، وصعوبة في الاشتراك في حل مشكلات الحياة العملية.

وفي إحدى الدراسات اتضح أن نسبة تتراوح بين ١٠ - ٢٠٪ يكشفون عن أعراض شديدة بعد ستة أشهر من انتشار الجنود في الجبهة، وتورد دراسة أخرى أنه بعد أيام قليلة من العودة إلى الولايات المتحدة فإن الانتشار الحالي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الرجال بلغ ٣,٢٪ وعند النساء وصل إلى ٩,٦٪، ثم تزايدت هذه الأرقام بعد ثمانية عشر شهراً إلى ٩,٤٪، و ١٩,٨٪ على التوالي، ولم يتضح السبب في هذه الفروق بين الجنسين.

أما الذين قاموا بمهام تسجيل القبور، ويتضمن ذلك التعامل مع الأجسام الآدمية الميتة كلها أو أجزاء منها، وحملها ونقلها فقد أظهروا معدلات عالية من اضطراب الضغوط: (٤٨٪) إبان الحرب، و(٦٥٪) طوال حياتهم (قبل الحرب وبعدها). هذا فضلاً عن مستويات مرتفعة من القلق والغضب والشكاوي البدنية، وذلك بعد ثمانية أشهر من عودتهم إلى الولايات المتحدة.

وعانى ١٩٪ من جنود عملية عاصفة الصحراء مشكلات توافق أسرية معتدلة أو شديدة كما بين «فيجلي»، وقرر ٤٠٪ من الجنود ضيقاً متصلاً بالأسرة أو الزواج بعد عام من عملية عاصفة الصحراء، وهو معدل يمكن مقارنته بمستوى الضيق الأسرى نفسه التالي للكوارث. ويستنتج «فورد» وصحبه أن الضيق الزواجي Marital distress مؤشر أفضل للتوافق من مقاييس الضيق العام لدى الجنود.

كما ظهر ارتباط بين سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً وأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الجنود في عملية عاصفة الصحراء.

ولوحظ أن التاريخ السابق للحرب والمتصل بسوء الممارسة الجنسية أو البدنية يضع الجنود في خطورة مرتفعة للإصابة باضطراب الضغوط (Meichenbaum, 1994, pp. 62-63).

ويذكر «أورسانو» وصحبه أن معدلات الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المحاربين في حرب تحرير الكويت كانت معدلات منخفضة عند عودتهم إلى بلادهم مباشرة، وأكدت الدراسات المنظمة الأولى هذه الملاحظات بوجه عام، وأوردت معدلات حدوث لاضطراب الضغوط قدرها ٩٪ تقريبا (Ursano *et al.*, 1994). وتشير الدراسات إلى زيادة في معدلات التدخين لدى المصابين باضطراب الضغوط.

وقامت «باتريشيا ساتكر» وصحبها (Sutker *et al.*, 1993 'b') بدراسة الجنود العائدين من منطقة الحرب في الخليج العربي، ويوردون حدوث معدلات إكلينيكية مرتفعة من الاكتئاب لدى ٢٤٪، وأعراض اضطراب الضغوط عند ١٦٪ من هؤلاء الجنود، وهي معدلات مرتفعة.

وفي دراسة أحدث تذكر «باتريشيا ساتكر» وصحبها (Sutker *et al.*, 1995 'b') أنه على الرغم من أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يمكن أن يحدث تالياً لضغوط الحرب، فإن الجنود جميعاً لا يتأثرون تأثراً سلبياً. وقاموا بدراسة ٧٧٥ من الجنود الأمريكيين الذين تعرضوا لضغوط الحرب في منطقة الخليج إبان تحرير الكويت، وتشير النتائج إلى أن الخصال الشخصية والعوامل البيئية يمكن أن تعدل من الاستعداد للتأثر السلبي بضغوط الحرب.

٧ - مآل اضطراب الضغوط التالية لصدمة العدوان العراقي

فيما يتصل بمآل Prognosis حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومصيرها – وهذا مبحث مهم في علم النفس الإكلينيكي – فهناك حقيقتان متضادتان تؤيدهما بعض البحوث السابقة وهما:

أولاً:

اضطراب الضغوط التالية للصدمة نوع فرعي من اضطرابات القلق، والأخير أحد تصنيفات الاضطرابات النفسية أو العصاب Neurosis، واعتمادا على مبدأ الشفاء أو التحسن التلقائي Spontaneous recovery or remission في مجال التعلم الشرطي فإن معدلات هذا الاضطراب تتناقص بمرور الزمن، والمبدأ الرئيس هنا هو الانطفاء أو التضاؤل، وأن «الزمن بلسم الجراح»، فكلما بعدت الشقة وطالت الفترة الزمنية تزايد عدد الحالات التي تُشفَى من هذا الاضطراب، دون أي شكل منظم من أشكال العلاج النفسي اللهم إلا خبرات الحياة العادية. وتؤكد الدراسات السابقة تناقص معدلات اضطراب الضغوط بمرور الزمن وبخاصة الحالات الحادة كما سبق أن فصلنا.

ثانياً:

دلت المشاهدات الإكلينيكية والبحوث على العائدين من حرب فيتنام (المحاربين القدامى) على أن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لا تظهر على بعضهم مباشرة وحال عودتهم، بل إنها يمكن أن تكون ماكرة مستترة Subtle مختفية متنكرة Disguised مُرْجَأة مُؤَجَّلة Delayed، تظهر عليهم بعد حين قد يصل إلى خمس أو عشر سنوات، والدراسات السابقة التي تؤكد ذلك غير قليلة.

وقد يكون من المناسب أن نفترض هنا أن التعارض غير قائم بين هاتين النتيجتين، وقد تكون نوعية الحالات التي يحدث لها شفاء أو تحسن تلقائي، غير تلك التي ينشأ الاضطراب ويظهر عليها بعد حين. وعلى كل حال فإن هذه النقطة جديرة ببحث مستقل، ونقصد العوامل المسهمة في الشفاء التلقائي وطبيعة الحالات التي يحدث لها ذلك، ونوعية الحالات التي يظهر عليها الاضطراب مؤجلا.

على أن الحسم بين هذين الرأيين الواردين في صدر هذه الفقرة لن يكون ميسورا على الحالات الكويتية إلا بتوافر الإحصاءات عبر عدد من السنين، والحاجة ماسة، من ثم، إلى تسجيل الحالات وتشخيصها وعلاجها تمهيداً لبحث مآلها عبر السنين.

ومن ناحية أخرى فإن تأثير صدمة العدوان العراقي على أهل الكويت كان مختلفا لدى فئتين: الصامدين والنازحين. والراجح أن وطأة هذا الحادث الجلل على المقيمين الصامدين كان - على الأغلب - أشد من ناحية الآثار الصدمية. أما مَنْ كان من أهل الكويت خارجها لحظة الغزو وبعده، فيغلب أن تكون حالات «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» أقل عدداً. صحيح أن كليهما قد عانى ضيقاً وكَبَدا وهَمّاً، ولكن كما قال العرب: «ليس من رأي كمن سمع»، فقد رأى الصامد رأي العين أحداثاً جساماً، ووقع هو نفسه تحت تهديد مباشر من المعتدى. وتأسيساً على ذلك فمن الممكن أن نفترض أن حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة قد زادت لدى المقيمين الصامدين، على حين أن الآثار النفسية السلبية لدى غير المقيمين طوال العدوان قد تجسدت في حالات القلق والخوف والاكتئاب: الحزن على ما فات، والخوف والقلق على ما هو آت. فالاكتئاب في العادة موجه إلى الماضي، في حين أن مناط الخوف ووجهة القلق إلى المستقبل. ولكن يجب النظر إلى هذا الفرق بين الصامدين والنازحين بوصفه فرضاً يتعين التثبت منه بالوسائل المنهجية المناسبة.

وعلى الرغم من ذلك فيجب التأكيد على القدرات التوافقية لدى كل إنسان بما في ذلك من واجه صدمة مريرة، إذ تؤكد البحوث الأحدث على طاقة الإنسان المرتفعة لاستيعاب المواقف الصدمية وقدرته الفائقة على «امتصاصها والتغلب عليها» Resiliency.

* * *

الفصل السابع عشر
نماذج لدراسات آثار العدوان العراقي

تمهيد

١ - دراسات أجريت في أثناء العدوان.

٢ - دراسات أجريت بعد التحرير مباشرة.

٣ - دراسات نشرت عام ١٩٩٣.

٤ - دراسات نشرت عام ١٩٩٤.

٥ - دراسات نشرت عام ١٩٩٥.

٦ - دراسات نشرت عام ١٩٩٦.

٧ - دراسات عام ١٩٩٧ وما بعده.

٨ - أهمية مواصلة دراسة آثار العدوان العراقي.

٩ - استنتاجات ختامية.

الفصل السابع عشر

نماذج لدراسات آثار العدوان العراقي

تمهيد

بعد أن عرضنا لحرب الخليج بوصفها نموذجاً بارزاً للحوادث الصدمية في الفصل السادس عشر، نعرض لنماذج للدراسات التي أجريت بتأثير من هذه الحرب، بهدف رصد أهم الآثار النفسية لها. ويقدم هذا الفصل نماذج لهذه الدراسات، وليس من هدفه أن يقدم مسحاً شاملاً لها.

ومن الممكن أن تتعدد أسس تصنيف هذه الدراسات المختارة بوصفها نماذج، ولكننا آثرنا دمج الدراسات العربية والأجنبية، وتقديمها جميعا اعتماداً على السنة التي تم فيها نشر الدراسة. ولا ننسى أن البعد الزمني في صدمة العدوان بعد له أهميته، ذلك أن المتوقع أن تزداد حدة الأعراض وترتفع معدلات انتشار الاضطراب إبان الاحتلال ثم في أعقاب العدوان مباشرة. على أن التوقع أيضا بعد ذلك أن تنخفض أعداد المضطربين، وتقل معدلات الانتشار، وتنتهي الأعراض الحادة وتبقى المزمنة، وتظهر ردود الفعل المتأخرة أو المرجأة.

ونبدأ بعرض أوائل هذه الدراسات من حيث تاريخ نشرها.

١ - دراسات أجريت في أثناء العدوان

يشتمل هذا القسم على دراستين قام بهما كل من: «هوبفول» وصحبه عن الضغوط المرتبطة بالحرب، والدراسة التي قام بها زين العابدين درويش على عينات من الطلاب الكويتيين المقيمين في مصر في أثناء الاحتلال. ونعرض فيما يلي لأول هذه الدراسات.

«الضغوط المرتبطة بالحرب».

أ - دراسة هوبفول وصحبه (Hobfoll *et al.*, 1991).

تكونت خلال حرب الخليج وبعدها لجنة عمل تحت عنوان: «الضغوط المرتبطة بالحرب» War-related Stress تحت رعاية الرابطة الأمريكية لعلماء النفس APA، وهيئة عمل لجنة الضغوط المرتبطة بالحرب التابعة لمركز علم النفس التطبيقي في جامعة ولاية «كنت». ورأس هذه اللجنة كل من «ستيفان هوبفول» و«تشارلز سبيلبيرجر» وشاركهما تسعة من الباحثين.

واستجاب هؤلاء المؤلفون المتخصصون لحرب الخليج، وذلك بهدف دراسة الآثار النفسية والنفسية الاجتماعية لها، وقام فريق العمل هذا بتطوير الخطوط الأساسية التي يمكن أن يهتدي بها كل من صانع القرار العام والمهنيين المتخصصين في الصحة النفسية، فضلاً عن الأشخاص الذين تأثروا بشكل مباشر بضغوط الحرب.

فاضطلعت هيئة العمل هذه بتطوير الاستراتيجيات الخاصة بالوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية، والنفسية الاجتماعية، والنفسية الجسمية المرتبطة بحرب الخليج. . .، وغيرها من الضغوط الشديدة التي تواجهها المجتمعات بوجه عام.

وقد ركزت هيئة العمل هذه على العودة إلى الوطن واجتماع الشمل وإعادة التكامل بين العاملين وعائلاتهم وأعمالهم. ويذكرون: أنه على الرغم من أن حرب الخليج قد تم الانتصار فيها بسهولة نسبية فإن الآثار النفسية السلبية يمكن أن تتطور لدى بعض الأفراد نتيجة لضغوط الحرب، وتمزق الأسر، والصعوبات المالية، والتغيرات في نظام الأسرة.

كما أشار القائمون بهذه الدراسة إلى أرجاع الضغوط النمطية، والطرق التي تعد فاشلة أو مدمرة لمواجهتها، فوُصفت مؤشراتها. وفضلاً عن ذلك فقد طُورت الخطوط الأساسية للمواجهة الناجحة للضغوط، وبُذل اهتمام خاص بأرجاع

الأطفال وحاجاتهم، وقُدمت التوصيات التي يمكن أن تمتد إلى العلاج على مستويات متعددة: كالمدارس والأعمال والإدارات الحكومية، فضلا عن المستويين الأسرى والفردي.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة ليست عملية (إمبيريقية) بل نظرية تهدف إلى التخطيط ووضع الاستراتيجية بعد حرب تحرير الكويت.

ب - دراسة زين العابدين درويش (١٩٩٢):

«أثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي: دراسة ميدانية على عينات من الطلاب الكويتيين المقيمين بمصر في ظروف العدوان».

هدفت هذه الدراسة الكشف عن المشكلات أو الضغوط النفسية التي نتجت عن ظروف العدوان العراقي على الكويت، وأثر هذه الضغوط على قطاع من أفراد الشباب الكويتي المقيمين بمصر في ظروف هذا العدوان.

واشتملت العينة على ٣١٩ من طلاب المدارس الكويتية من الجنسين، والذين كانوا يدرسون في المرحلتين المتوسطة والثانوية، فضلا عن بعض الدارسات الكويتيات في الجامعات المصرية، وقد طُبق على أفراد هذه العينة استخبار مقنن، اشتمل على ثلاثين بنداً، يشير كل بند منه إلى مشكلة نفسية محددة، وتعبر هذه المشكلات في مجموعها عن صور مختلفة من الاضطراب السلوكي.

وكشفت نتائج هذه الدراسة عن معاناة أفراد العينة من الاضطرابات السلوكية المختلفة، بوصفها آثاراً سلبية مترتبة على أحداث العدوان المؤلمة، وعلى ظروف الاغتراب القهري التي تعرضوا لمشاقها. وقد قُدمت النتائج على أشكال ثلاثة: حجم الانتشار، والفروق بين الجنسين، والتلخيص الإكلينيكي لفئات الاضطراب السلوكي المختلفة لدى أفراد العينة.

ومن النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة، أن نسبة لا بأس بها من المشكلات التي أقر الطلاب أنهم يعانون منها تتصل باضطراب القلق بوجه خاص

مثل: التوتر، والقلق، والخوف من المستقبل، والإحساس بالضياع، وتشتت الذهن في أثناء المذاكرة، والشعور بعدم الأمان، والعجز عن التركيز الذهني، واضطراب النوم، وضيق الصدر، والعصبية، والحساسية النفسية المفرطة. ولكل ذلك فإننا نتفق مع المؤلف في تلخيصه لهذه المشكلات النفسية(أو الأعراض) على أنها حالة «قلق جماعي».

والرأي لدينا أن لهذه الدراسة القيمة مكاناً خاصاً بين الدراسات، وبالإضافة إلى دقتها المنهجية، فإنها أجريت في زمن ذي حساسية خاصة بالنسبة للعدوان العراقي على دولة الكويت، فقد أجريت إبانه أي في أثناء الاحتلال العراقي الفعلي لأرض الكويت، مما يعد حالة واقعية لفقد الوطن، وهي حالة يمكن أن تكون مسببة لحدوث اضطراب الضغوط التالية لهذه الصدمة.

٢ - دراسات أجريت بعد التحرير مباشرة

نعرض في هذا القسم لخمس دراسات كما يلي:

أ - دراسة إدارة الخدمة الاجتماعية (١٩٩١):

«الآثار الاجتماعية والنفسية للغزو العراقي على الطالب الكويتي: دراسة كشفية».

هدفت هذه الدراسة المستفيضة إلى فحص هذه الآثار على الطالب الكويتي في مختلف مراحل التعليم، واستُخدم منهج استطلاع آراء الاختصاصيين الاجتماعيين بالمدارس حول ملاحظاتهم وملاحظات المدرسين وأولياء الأمور في الجوانب التي استجدت على الطلاب الكويتيين من الناحيتين الاجتماعية والنفسية بتأثير من هذا العدوان، وكشفت هذه الدراسة عن عديد من الآثار السلبية التي ظهرت على طلاب المدارس بتأثير من العدوان العراقي. والرأي لدينا أن عدداً من هذه الآثار يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاضطراب النفسي في بعض مظاهره أو المؤشرات الدالة عليه، ومثال ذلك الآثار التي لوحظت على طلاب المراحل المختلفة ومنها مايلي:

- زيادة حالات الاضطراب النفسي والخوف من المجهول (٨٣,٥٪).
- ازدياد مظاهر السلوك العدواني بين الطلاب (٥٤,٦٪).
- زيادة مشكلات الخروج على النظام المدرسي (٣٩,٧٪).

كما بَحثَ القائمون بهذه الدراسة توزيع هذه الآثار السلبية تبعاً للمناطق التعليمية والمراحل الدراسية والنوع (بنون، بنات)، حيث ظهرت فروق في هذا الصدد.

وتأتي أهمية هذه الدراسة- من وجهة نظرنا - في أنها أجريت بعد العدوان العراقي على دولة الكويت مباشرة، فهي تعد توثيقاً لهذه الآثار المباشرة لهذا العدوان بعد التحرير مباشرة، وعلى الرغم من أن منهج سؤال الاختصاصيين وأولياء الأمور مناسب تماماً، فإن أخطاء المشاهدة والمبالغة واردة فعلاً.

ب - دراسة مركز البحوث التربوية (١٩٩٢):

«دراسة مسحية لتشخيص رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة(*) (الاحتلال العراقي للكويت) على أطفال الكويت من سن ٧ إلى ١٧ سنة».

صدرت هذه الدراسة عن وزارة التربية بدولة الكويت بالتعاون مع منظمة اليونيسيف، وهدفت إلى تحديد نسب الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صدمية مباشرة خلال الحرب مثل التعذيب واعتقال الأقارب وغير ذلك، وبيان نوعية استجابة الأطفال للصدمة ونسبتهم، وتحديد الأطفال الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن يعانون من الأسى. وفحص العلاقة بين العوامل الديموجرافية وكل من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والتعرض لخبرات الحرب والأسى. ويعرض هذا التقرير للهدفين الثاني والرابع.

وقد تم اختيار ١١٧ مدرسة بطريقة عشوائية لتكون عينة للدراسة، وشملت ٥٦ مدرسة للبنين، و٦١ مدرسة للبنات من المحافظات الخمس لدولة الكويت من

(*) يُقصد برد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة، اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD.

جميع المراحل التعليمية قبل الجامعية. واشتملت العينة النهائية على ١٢٩٩ طفلاً في الفئة العمرية من ٧-١٠ سنوات، و١٤٨٢ طفلاً ومراهقاً في الفئة العمرية من ١١-١٧ عاما.

وتتلخص النتيجة الأساسية لهذه الدراسة في أن معظم أطفال العينة قد تعرضوا لخبرات الحرب المؤلمة، مما نتج عنها الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستويات مختلفة تتراوح من خفيفة إلى شديدة جدا، وأن هناك ارتباطا مرتفعا بين التعرض لخبرات الحرب والإصابة باضطراب الضغوط لدى أطفال العينة.

ومن الناحية التفصيلية يعرض جدول (٥٠) لأهم نتائج هذه الدراسة.

جدول (٥٠): أهم نتائج دراسة مركز البحوث التربوية (١٩٩٢) على اضطراب الضغوط لدى الأطفال بعد العدوان العراقي على دولة الكويت

الخبرة الصدمية	نسبة المتعرضين لها	
	العينة من ٧-١٠ (ن = ١٢٩٩)	العينة من ١١-١٧ (ن = ١٤٨٢)
وفاة أحد الأقارب	٣٠,٩٪	٥٢,٤٪
إصابة أحد المعارف بأذى	٢٣,٧٪	٤٣,٣٪
اختطاف أو اعتقال أحد المعارف	٥٧,١٪	٧٦,٦٪
مشاهدة شخص يُقتل أو يصاب بأذى	١١,٦٪	١٨,٩٪
مشاهدة شخص مقتول أو مصاب بأذى	٢١,٥٪	٣٤,٨٪
الإصابة بأذى	٤,٠٪	١١,١٪
الخوف على الحياة أو الإحساس بأن الطفل سيُقتل	٢٤,٦٪	٥٩,٥٪
قتل أو إيذاء شخص ما	٠,٧٪	٤٩,٦٪

ويبين جدول (٥١) بيانات عن اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأطفال الكويتيين في الدراسة ذاتها.

جدول (٥١): معدلات اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينتين من أطفال الكويت بعد العدوان العراقي

درجة اضطراب الضغوط	النسبة المئوية للحالات	
	العينة من ٧-١٠	العينة من ١١-١٧
اضطراب شديد جدا	٠,١٪	٠,٤٪
اضطراب شديد	٦,٥٪	١٥,٧٪
اضطراب متوسط	٣٧,٣٪	٤١,٣٪
اضطراب خفيف	٤٩,٧٪	٣٥,٦٪

عن: (مركز البحوث التربوية، ١٩٩٢).

وتعد النسب المئوية الواردة في جدول (٥١) مرتفعة جدا، ولكن يلاحظ أن هذه الدراسة أجريت بعد مدة قصيرة من التحرير (تم التحرير في فبراير ١٩٩١)، وبدأ المشروع في ١٥/٦/١٩٩١، وتدرب القائمون على تطبيق المقياس من ٢٠/١٠/٩١ حتى ١٥/١٢/١٩٩١ (ولم يورد التقرير تواريخ بعد ذلك).

ويستخلص القائمون على هذه الدراسة أن معظم أطفال عينة الدراسة في الفئة العمرية من ٧-١٧ عاما قد تعرضوا لخبرات الحرب المؤلمة، وأن لديهم اضطرابات للضغوط ذات مستويات مختلفة تتراوح من خفيفة إلى شديدة جدا.

جـ - دراسة كاثلين نادر، وروبرت باينوز، ولن فيربانكس، ومنال العجيل، وعبدالرحمن العصفور (Nader *et al.*, 1993):

«دراسة مبدئية عن اضطراب الضغوط التالية للصدمة والأسى لدى أطفال الكويت بعد أزمة الخليج».

أجريت هذه الدراسة عن طريق مقابلة عينة من أطفال الكويت بعد التحرير من العدوان العراقي (في يونيو ١٩٩١ أي بعد أقل من أربعة أشهر من التحرير).

وتؤكد هذه الدراسة على الأثر الكبير للتعرض لفظائع الحرب عند الأطفال، وتشير نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

١ - تعرض كثير من الأطفال الذين بقوا في الكويت في أثناء الاحتلال لخبرات متعددة متصلة بالتعرض للحرب.

٢ - قرر أكثر من ٧٠٪ من الأطفال أرجاعاً للضغوط التالية للصدمة بمعدل يتراوح بين معتدل وشديد.

٣ - مشاهدة الموت أو الإصابات والرؤية الحية لصور تشويه الجسم أو قطع جزء منه في التليفزيون ذات أثر كبير على شدة استجابات الأطفال.

٤ - حصل على أعلى متوسط للاستجابة للضغوط التالية للصدمة، الأطفال الذين قرروا أنهم قاموا بإيذاء شخص ما.

٥ - حصل الأطفال الأكبر عمراً على أكبر تعرض للفظائع وعلى أعلى درجة في اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

د - دراسة «كانياستي، ونوريس» (١٩٩١) (Kaniasty & Norris, 1991):

«بعض الآثار النفسية لحرب الخليج الفارسي على الشعب الأمريكي: دراسة إمبيريقية».

في هذه الدراسة فُحصت آثار حرب الخليج ومختلف الأبعاد المتعلقة بردود الأفعال تجاه هذه الحرب لدى عينة قوامها ٨٣٣ أمريكيا يعيشون في أربع مدن تقع في الجنوب الشرقي من الولايات المتحدة. وأجريت المقابلات الأولى في شهري أكتوبر ونوفمبر ١٩٩٠، ثم أعيدت المقابلة مرة ثانية في مارس وأبريل ١٩٩١. ودُرست المتغيرات الآتية: جنس المفحوص، والسلالة، والحالة الاجتماعية، والوضع المهني، والعمر، والتعليم، ومستوى الوظائف النفسية قبل الحرب، ووجود أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء مشتركا في المجهود الحربي. واستخدمت هذه المتغيرات للتنبؤ بردود الفعل النفسية لحرب الخليج، وقد ساند هؤلاء المفحوصون بدرجة مرتفعة - مثل كل الأمريكيين - دخول الولايات المتحدة إلى الخليج، ومع ذلك فقد خَبروا أيضا نتائج نفسية سلبية عديدة، وبخاصة في حالة وجود علاقات قوية بالحرب عن طريق أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء (نصف

أفراد العينة تقريبا)، فقد تسببت حرب الخليج في تزايد في ردود أفعال الضغوط التالية للصدمة، والاغتراب والقلق فيما يتعلق بالإرهاب وبالرخاء الاقتصادي للولايات المتحدة.

ويستخلص الباحثان أن تدخل الولايات المتحدة في حرب الخليج(حرب تحرير الكويت) قد سانده الأمريكيون بقوة، وأن عينة هذه الدراسة من الجنوب الشرقي للولايات المتحدة ليست استثناء لذلك، ومع ذلك فقد كان لهذه الحرب «تكلفة» نفسية لدى أفراد هذه العينة على الأقل. وعلى الرغم من أنهم كانوا بعيدين عن مناطق القتال، فقد خَبر هؤلاء الأمريكيون صدمة نفسية، وأصبحوا قلقين من الإرهاب ومن تناقص الرخاء الاقتصادي، كما أصبحوا أكثر اغترابا وتشاؤما بالنسبة للعالم بوجه عام.

ويختتم الباحثان دراستهما بقولهما: إن هذه الدراسة تمدنا ببرهان على أمر معروف تماما: إن كل حرب يتمخض عنها الألم للجميع، بصرف النظر عما إذا كانت هذه الحرب تحدث بعيداً عن الوطن أو قريباً منه، وبصرف النظر كذلك عما إذا كان موقفنا صواباً أو خطأ، وبقطع النظر عن النصر أو الهزيمة.

هـ - دراسة «لابات، وسنو» (Labbate & Snow, 1992):

«أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الجنود الذين حاربوا في الخليج الفارسي(*)».

قام «لورنس لابات، وميشيل سنو» في هذه الدراسة بإجراء مسح على ٥٧ من الجنود الأمريكيين الذين خدموا في فرقة مشاة ميكانيكية في حرب الخليج، وكان ذلك في عام ١٩٩١. وهدفت هذه الدراسة تعرّف الآثار النفسية المرتبطة بالقتال العنيف، وقد منيت هذه الوحدة بأربع حالات وفاة نتيجة لما سمي «بنيران الأصدقاء»، وكشف المفحوصون عن كثير من الأعراض المرتبطة باضطراب

(*) هكذا وردت في المقال الأصلي.

الضغوط التالية للصدمة PTSD، وقرر ٣٩٪ إصابتهم بالأحلام المزعجة (الكوابيس) بعد عودتهم إلى ألمانيا من حرب الخليج، كما قرر أكثر من ثلثهم زيادة في استخدامهم للكحول، حيث استخدمه كثير منهم للتقليل من مشكلات النوم أو من الكوابيس، وأخيرا فقد أثرت الإصابات العضوية في حدوث الصدمة النفسية.

٣ - دراسات نشرت عام ١٩٩٣

يشتمل هذا القسم على الدراسات المنشورة في عام ١٩٩٣، ويضم ثلاث عشرة دراسة، وهو عدد غير قليل من الدراسات بالمقارنة إلى القسمين السابقين (في أثناء الاحتلال وبعد التحرير مباشرة). ومن الواضح أن المغزى وراء زيادة عدد الدراسات السابقة المتخذة نماذج في هذا القسم المنشور عام ١٩٩٣ هو زيادة اهتمام الباحثين بفحص آثار العدوان العراقي على دولة الكويت على عينات مختلفة من قطاعات متعددة في المجتمع الكويتي. ونعرض فيما يلي لأول هذه الدراسات.

أ - دراسة حامد الفقي (١٩٩٣):

«التأثيرات السلبية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيون نتيجة للاحتلال العراقي».

شملت العينة ستمائة مواطن كويتي، استمد معظمهم من طلاب المرحلة الثانوية والجامعة. طبق عليهم أداة لقياس الأعراض العصابية والسلوكية والفصامية والبدنية النفسية، فضلاً عن قائمة أيزنك للشخصية، وذلك بعد التحرير مباشرة.

ومن نتائج هذه الدراسة أن توقعات غالبية أفراد العينة تنطوي على الخوف والشعور بالعجز نتيجة لما مروا به من خبرات صادمة، وتدل استجاباتهم على وجود تغيرات معرفية سلبية في التفكير ووجهات النظر وفي الاتجاهات والقيم نحو المعتدي ومن ساندوه. كما اتضح أن القلق وعدم الاطمئنان على المستقبل يعد أكثر الأعراض شيوعا لدى أفراد العينة، مع معاناتهم مما أسماه هذا المؤلف الشك

الفصامي، وفقد الثقة في كثير من الناس، ومن الكراهية المرضية لغير الكويتيين وغير الخليجيين. وقد شاعت الأعراض العصابية والسلوكية لدى أفراد العينة. وكان أكثر هذه الأعراض شيوعا لدى الرجال: فقد الإحساس بالسعادة والبهجة في الحياة، في حين ظهر على النساء على شكل تكرار نوبات الصداع، بالإضافة إلى فقد الإحساس بالسعادة.

ب - دراسة عويد المشعان (١٩٩٣ «أ»):

«الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت في أثناء العدوان العراقي: دراسة للفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين».

هدفت هذه الدراسة إلى فحص الفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين في الشخصية، وبعض اضطراباتها لدى عينة من طلاب الجامعة في أثناء العدوان العراقي. واشتملت العينة على (٤٠٠) طالب وطالبة من طلاب جامعة الكويت، طُبق عليهم استخبار «أيزنك» للشخصية، وقائمة «بيك» للاكتئاب، ومقياس العدوانية.

ولم تكشف نتائج هذه الدراسة عن اختلاف في بناء الشخصية واضطراباتها بين الصامدين في الكويت والمقيمين خارجها في أثناء العدوان العراقي، في حين كشفت هذه الدراسة عن فروق بين الجنسين، حيث ظهر أن الذكور أكثر انبساطا واستعدادا للاضطرابات الذهانية، في حين كانت الإناث أكثر استعداداً للاضطرابات العصابية والاكتئاب. ولكن لم تظهر فروق بين الذكور والإناث في العدوانية.

جـ - دراسة خضر بارون (١٩٩٣):

«دراسة الاضطرابات النفسية الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين».

تكونت العينة في هذه الدراسة من ٤٥٠ طالبا وطالبة ممن يدرسون في المدارس الثانوية، واستُخدمت استمارة بيانات اجتماعية عامة، واستبانة معاناة

الفرد في أثناء العدوان، واستبانة مدى قبول الفرد للاستشارة والعلاج النفسي، وقائمة الاضطرابات النفسية الجسمية، ومقياس مصدر الضبط.

وقد كشفت هذه الدراسة عن فروق دالة إحصائيا في الاضطرابات النفسية الجسمية بين فترات: قبل العدوان وخلاله وبعده، حيث زادت هذه الاضطرابات في أثناء العدوان عنها قبله، وكذلك انخفضت بعد العدوان عن قبله، كما لم تتغير متوسطات الاضطرابات النفسية الجسمية تبعا لمكان الإقامة في أثناء العدوان (خارج الكويت وداخلها)، وظهرت فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في الاضطرابات النفسية الجسمية (متوسط الإناث أعلى)، على الرغم من أن معاناة الذكور من العدوان كانت أكبر من الإناث.

د - دراسة راشد سهل (١٩٩٣)·

«الآثار النفسية والاجتماعية التي خلفها العدوان العراقي على أطفال الكويت».

ضمت العينة ٤٢٨ طفلا تتراوح أعمارهم بين ٣ و١١ عاما، قُدم لأولياء أمورهم استبانة تطلب منهم وصف حالة الطفل قبل العدوان وبعد التحرير، وأشارت النتائج إلى أن معظم الأطفال قد تأثروا بدرجة أو بأخرى بالعدوان العراقي على دولة الكويت. وتركزت معظم الآثار حول اضطرابات النوم، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، وتزايد السلوك العدواني، وتوتر العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ومن ناحية أخرى فقد ظهرت بعض الآثار الإيجابية عند بعض الأطفال، كزيادة الثقة بالنفس والشجاعة والإيثار.

هـ - دراسة مكتب الإنماء الاجتماعي (١٩٩٣):

«دراسة عن الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراقي على أطفال الكويت (من سن ٦-١٧ سنة)».

اعتمدت هذه الدراسة على رأي العاملين في الميدان التربوي على أساس أنهم أكثر الفئات احتكاكا بالأطفال (ن = ٩٨٨). وقد أفاد أفراد هذه العينة أن أهم المشكلات التي تم ملاحظتها على الطلبة والطالبات هي المشكلات المتعلقة بالمجال

الاجتماعي، يليها المشكلات المتعلقة بالمجال النفسي، وأخيرا المجال التربوي، وأن هذه المشكلات تظهر بصورة شائعة لدى الطلبة أكثر من الطالبات. وتكاد هذه المشكلات لا تُذكر في المرحلة الابتدائية، إلا أنها تبرز في المرحلة المتوسطة، وتكون أكثر شدة في المرحلة الثانوية. كما برهنت هذه الدراسة على أن المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية تختلف من محافظة إلى أخرى.

و - دراسة عبدالله الحمادي، وسميحة الشريدة، وبثينة المقهوي (١٩٩٣):

«التغيرات السلوكية للأطفال الكويتيين بسبب الاحتلال العراقي».

هدفت هذه الدراسة إلى بيان هذه التغيرات السلوكية، وتحديد حجم المشكلات، والتوصل إلى تحديد أي هذه التغيرات أكثر شيوعا لدى الأطفال.

وقد ظهر أن الأطفال يبدون تغيرات سلوكية وجدانية عندما يتعرضون لضغط شديد لا يتناسب معهم أو مع التجارب الإنسانية بوجه عام، كالذي حدث في الكويت في أثناء الاحتلال العراقي. كما أن فقد أحد الأبوين أو كليهما بالإعدام أو الأسر يؤثر بشكل حاد على سلوك الأطفال ومشاعرهم، مما ينجم عنه حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

كما ظهر أن التغيرات السلوكية تعتمد على عوامل رئيسة هي: نوع الكارثة، والكم الذي تلقاه الضحية من الكارثة أي مقدار التعرض لها، ودوام الكارثة، وعمر الضحية (يتأثر الأطفال الأكبر عمراً بشكل أكبر من الأصغر عمرا)، والروابط العائلية قبل الكارثة وبعدها.

ز - دراسة عصام الدين نوفل، وعيسى محمد جاسم (١٩٩٣):

«الأسى Grief الناتج عن الصدمة (العدوان العراقي) عند الأطفال في الكويت من سن ٧-١٧ سنة وأثره على الأسرة والمجتمع».

ظهر أن حالة الأسى شائعة لدى الأطفال عينة الدراسة بوصفها عرضاً من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند أطفال الكويت، نتيجة التعرض

للخبرات المؤلمة خلال العدوان العراقي على الكويت، وتدل النتائج أن الأطفال الأكبر عمرا أكثر تأثرا، ويعانون من الأسى بمستويات أشد، ومع ذلك كان لخبرة الطفل تأثير محدود على الشعور بالأسى.

ح - دراسة أميرة الديب (١٩٩٣):

«حرب الخليج وأثرها على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية للطلبة الكويتيين».

تلخص الهدف من هذه الدراسة في فحص بعض التغيرات النفسية والاجتماعية الناجمة عن العدوان العراقي، وذلك ببيان رد فعل أحداث الحرب على اتجاهات الطلبة الكويتيين نحو الشعب العراقي، مع المقارنة بين من كان من المواطنين داخل الكويت (ن = ٦٠) ومن كان خارجها (ن = ٦٠) إبان العدوان وحتى التحرير.

وقد دلت النتائج على أن اتجاهات الطلاب تتسم بالسلبية المتشددة نحو العراق، فهم يعتبرون كل العراقيين أعداء ويستحقون العقاب، سواء منهم من شارك أو لم يشارك في هذه الحرب، كما أشارت النتائج إلى معاناة غالبية الأفراد من بعض الاضطرابات النفسية والاجتماعية. وظهر أن المجموعة التي كانت داخل الكويت طوال فترة الحرب كانت أكثر بغضاً للعراق، وأكثر رغبة في قطع جميع العلاقات والارتباطات الأسرية معهم، وأكثر ميلاً لأخذ الثأر باليد، كما كانت هذه المجموعة أكثر معاناة من الاضطرابات النفسية والاجتماعية بالمقارنة إلى المجموعة التي كانت خارج الكويت أثناء العدوان العراقي.

وظهرت كذلك فروق بين الجنسين أبرزها أن الإناث كن أكثر اضطرابا نفسيا واجتماعيا بالمقارنة إلى الذكور، سواء أكن داخل الكويت أم خارجه في أثناء العدوان.

ط - دراسة غنيمة العماني وآخرون (١٩٩٣):

«استطلاع آراء المواطنين حول الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت ودور وسائل الإعلام إبان الأزمة».

دلت هذه الدراسة على ظهور عدد من الآثار السلبية للعدوان العراقي على دولة الكويت من بينها مايرد في جدول (٥٢).

جدول (٥٢): أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي على دولة الكويت

١ - ظاهرة العنف في المدارس.
٢ - انتشار الشعور بعدم الأمن.
٣ - انتشار ظاهرة اللامبالاة.
٤ - ظاهرة تغيير النظرة تجاه الروابط العربية.
٥ - ظاهرة هروب الأموال الكويتية للخارج خوفا من المستقبل.
٦ - الخوف من عودة احتلال الكويت أو أي دولة خليجية أخرى.
٧ - الشعور بالعصبية.
٨ - المزاج العصبي.
٩ - القلق المستديم.
١٠ - التحصيل المنخفض.
١١ - الخوف والتشاؤم واهتزاز القيم.
١٢ - الفزع في أثناء النوم.
١٣ - الأعراض الجسدية والنفسية.
١٤ - الخوف من ذكر اسم العراق.
١٥ - قلة النوم والخوف من الأحلام المزعجة.
١٦ - الشعور بالاكتئاب.
١٧ - الخوف من الزي العسكري.
١٨ - الانطواء.
١٩ - الشعور بالاستسلام.

عن: (غنيمة العماني، وآخرون، ١٩٩٣).

ومن الممكن أن تعد كثير من هذه الآثار مؤشرات واضحة للقلق

والاضطراب النفسي لدى المواطنين بعد العدوان العراقي على الكويت.

ي - دراسة قاسم الصراف (١٩٩٣):

«تأثير أزمة الاحتلال العراقي على الجوانب السلوكية والانفعالية والمعرفية للشباب الجامعي في الكويت».

اهتم الباحث في هذه الدراسة بالتعرف إلى مدى تأثير الاحتلال العراقي في الشباب الجامعي الكويتي على شكل عدد من المظاهر التي تعكس مشكلات سلوكية وانفعالية ومعرفية بوصفها ردود أفعال لهذه الصدمة، واستُخدمت عينة كبيرة الحجم (ن = ١١٢٢) من طلاب جامعة الكويت، طبق عليهم استخبار يقيس آراءهم في عدد من الجوانب.

ودلت استجابات الطلاب على وجود مشكلات سلوكية كالاستفزاز السلوكي، والنزعة العدوانية، والعنف في التصرفات، وعدم الالتزام بالقوانين، والتقصير في الواجبات العامة، والتهور في قيادة السيارات، وإهمال الذات، واضطرابات النوم، وتناول الأدوية المهدئة، والتمسك بالسلاح.

وفيما يتعلق بالتأثير على الجوانب الانفعالية أسفرت إجابات الطلاب عن وجود مشكلات انفعالية كالشعور بأن العالم مليء بالأخطار، وزيادة الشكوك في الآخرين، والشعور بالغضب الشديد، والشعور بالإحباط والملل والضجر والحزن والاستغراق في أحلام اليقظة.

كما ظهرت مشكلات تنتمي إلى الجانب المعرفي مثل: ضعف الذاكرة، وضعف الانتباه، ونقص التركيز، وضعف استيعاب المعلومات، وفقدان القدرة على التفكير المنظم.

وقد بُحِثَ تأثير متغيري جنس المفحوص ومكان وجوده إبان الاحتلال، وظهرت بعض الفروق الدالة إحصائيا.

ك - دراسة إدارة الخدمة النفسية (١٩٩٣):

«دراسة ميدانية حول انعكاسات الغزو العراقي الغاشم على الحالة النفسية للطلبة والطالبات الكويتيين في المرحلة الثانوية وكيفية مواجهتها».

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر العدوان العراقي على شخصية الأبناء وحالتهم النفسية في المرحلة الثانوية، وكذا تعرّف معاناة الأبناء وانطباعاتهم وآرائهم واتجاهاتهم، وما طرأ من تغيرات على سلوكياتهم كما يرونها هم أنفسهم، وكما يراها الآباء، فضلاً عن تحديد الأسلوب الأمثل لمواجهة هذه المشكلات. وقد أُجريت هذه الدراسة على ١٢٠٠ طالب وطالبة من المرحلة الثانوية بمختلف المناطق التعليمية.

وكشفت هذه الدراسة عن نتائج متعددة أهمها أن كلاً من الطلبة والطالبات كانوا قبل العدوان أكثر إقبالاً على الحياة بحماسة ونشاط، ويشعرون بالسعادة والتفاؤل بالمستقبل، أما بعد العدوان فقد أصبحوا أقل إقبالاً على الحياة، ويميلون إلى الشعور بالاكتئاب والملل والحزن. كما اتضح أن كلا الجنسين كانوا يشعرون قبل العدوان بالثقة في النفس، وبأن البيئة التي تحيط بهم لا يزال فيها الخير، وحب مساعدة الآخرين دون مقابل، أما بعد تعرضهم لظروف العدوان والحرب فقد تأثرت حالتهم النفسية، فأصبحوا يشعرون بعدم الثقة في الناس والشك في نواياهم. ويفسر الباحثون ذلك بأنه نتيجة طبيعية لاهتزاز الثقة في قيم الأخوة والجوار والتكافل بين العرب والمسلمين بوجه خاص، ونتيجة كذلك لمناصرة بعض العرب والمسلمين للمعتدي.

وبتطبيق مقياس الثبات الانفعالي على الجنسين، والمقارنة بين متوسط قبل العدوان وبعده اتضح أن كلا الجنسين تأثرت حالتهم الانفعالية نتيجة لما تعرضوا له من ضغوط في أثناء الأزمة، فأصبحوا يعانون من التوتر العصبي، مع صعوبة التحكم في انفعالاتهم في مواقف العمل أو المناقشة، بعد أن كانوا يتميزون - قبل العدوان - بالاتزان الوجداني في المواقف الاجتماعية، والقدرة على التحكم في انفعالاتهم، والمحافظة على هدوئهم في أثناء العمل أو المناقشة.

وبينت هذه الدراسة أيضاً أن الطالبات أصبحن بعد العدوان يملن إلى التمركز حول الذات والانطواء والابتعاد عن الآخرين، إلا أن الطلبة لم يتأثروا في هذا الجانب. كما كان الطلاب من الجنسين قبل العدوان أكثر ميلاً للتسامح واللين

وعدم مقابلة المسيء بمثل إساءته، فأصبحوا بعد العدوان يميلون إلى عدم التسامح واستخدام أسلوب العقاب مع المسيء، كما أصبحوا أكثر شعوراً بالمسؤولية الاجتماعية نحو الوطن، وأكثر اعتزازا بالانتماء له، ورغبة في التفاني في خدمته، وأكثر اهتماما بالمصلحة العامة، وأخيرا ارتفعت بعد العدوان لدى الجنسين درجة الميل إلى السيطرة والتسلط في المواقف الاجتماعية.

ل - دراسة أحمد عبدالخالق (١٩٩٣):

«اضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي على الكويت».

هدفت هذه الدراسة النظرية إلى البرهنة على أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD من أهم الآثار النفسية السلبية للعدوان العراقي على دولة الكويت، ذلك أن كثيرا من الآثار النفسية السلبية كالقلق والخوف والاكتئاب يمكن أن تكون آثارا ثانوية وأعراضا فرعية لهذا الاضطراب، كما أن الحرب سبب قوي لزيادة معدلات الإصابة بهذا الاضطراب، فلم يتغير شيء يذكر في حياة المواطن الكويتي في بضع السنين الأخيرة إلا بتأثير من هذه الحرب، تلك الحرب التي أثرت في كل مناحي الحياة، في الجوانب النفسية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية والسياسية والبيئية والصحية.

ومن الممكن أن تكون هذه الحرب سببا أساسيا في آثار نفسية سلبية عديدة مثل: ارتفاع معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية، وانتشار سوء استخدام العقاقير والكحول والمخدرات، وزيادة حالات العدوانية والعنف، وظهور أشكال شتى من السلوك الانحرافي والجرائم.

م - دراسة «ليبرمان، وهيريل» (Lieberman & Herrel, 1993):

«القلق في أثناء الحمل إبان حرب الخليج: مقارنة بين قلق النساء الإسرائيليات ذوات الحمل العادي وذوات الحمل الخطر».

أجريت مقابلة لواحدة وثمانين امرأة حامل خلال حرب الخليج. وقد تمت المقابلة لإحدى المجموعات قبل بداية هجوم الصواريخ على إسرائيل، في حين تمت

مقابلة المجموعة الثانية خلال فترة الهجوم، وكانت (٥٣) امرأة ممن قوبلن في حالة حمل خطر، على حين كانت (٢٨) امرأة في حالة حمل عادي.

وقد وضع الباحثان فرضا ينص على أن النساء اللاتي يعد حملهن خطراً سيقررن ارتفاعا أكبر في القلق خلال هجوم الصواريخ، ولكن الفرض لم يثبت، فقد كشفت النساء اللاتي لديهن حمل طبيعي عن ارتفاع أكبر في القلق بدرجة جوهرية خلال هجوم الصواريخ. وقد فُسرت النتائج بأن مجموعة النساء اللاتي كن واقعات تحت الضغط يحول ذلك بينهن والقلق الإضافي الناشىء عن أخطار هجوم الصواريخ.

وتجدر الإشارة إلى أن «زاهافا سولومون» (Solomon, 1995) قد خصص كتابا بأكمله لدراسة «أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الحرب: حرب الخليج والاستجابة الإسرائيلية».

٤ - دراسات نشرت عام ١٩٩٤

يعرض القسم الرابع من هذا الفصل لسبعة نماذج من الدراسات المنشورة في عام ١٩٩٤، أجرى ستة منها باحثون عربا، في حين أجرى الأخيرة باحثين غير عربيين. ونعرض فيما يلي للدراسة الأولى.

أ - دراسة بشير الرشيدي (١٩٩٤):

«الخريطة النفسية والاجتماعية للشعب الكويتي بعد العدوان العراقي».

قام مؤلف هذه الدراسة برسم الخريطة النفسية والاجتماعية للشعب الكويتي بعد العدوان العراقي، مقارنا هذه الخريطة بما كان عليه الحال قبل العدوان، وذلك وصولاً إلى إعادة بناء الإنسان الكويتي، وقد حدد مشكلة الدراسة في التساؤلات الثلاثة الآتية:

١ - ما خواص ومميزات الخريطة النفسية والاجتماعية للشعب الكويتي قبل العدوان العراقي؟

٢ - ما التغيرات التي طرأت على تلك الخريطة؟

٣ - ما الإجراءات التي يمكن اتخاذها لمحاولة إعادة معالم الخريطة النفسية والاجتماعية إلى سابق مواصفاتها الأصلية؟

وقد عرض تفصيلاً للآثار المترتبة على العدوان العراقي في جميع الجوانب، مركزاً على الآثار النفسية والاجتماعية. وفي تحديده للأعراض النفسية التي ظهرت على الشعب الكويتي، حظي الأطفال بالاهتمام في هذه الدراسة، حيث خلف العدوان لدى كثير من الأطفال تجارب قاسية لا تنسى. وظهرت الأعراض المرضية على الأطفال الذين تعرضوا مباشرة لتجارب قاسية تخرج عن نطاق الخبرة الإنسانية العادية، أو الأطفال الذين كانوا جزءاً من عائلة أسير أو فقيد أو شهيد، أو تعرّض أحدهم أو أحد أفراد عائلتهم للانتهاكات الصارخة لحقوق الإنسان أمام أعينهم.

وتورد هذه الدراسة أيضا أن مجموعة كبيرة من الطلاب قد تعرضوا إلى بعض المشاعر النفسية السلبية كالخوف والخجل والميل إلى الانزواء، حيث تشير نتائج الدراسات إلى زيادة خوف الأطفال من أصوات الانفجارات، فقد حصل هذا البند على أعلى تكرار ضمن تكرارات مستوى الخوف.

وتُعدد هذه الدراسة بعض مظاهر الاضطراب النفسي لدى الشباب الكويتي - على الترتيب - كما يرد في جدول (٥٣).

جدول (٥٣): أهم مظاهر الاضطراب النفسي لدى الشباب الكويتي بعد العدوان العراقي

مظاهر الاضطراب النفسي	٪
- الاكتئاب	٦٩
- الأحلام المزعجة	٤٧
- عدم القدرة على التركيز	٣٩
- التهيج وسهولة الاستثارة العصبية	٣٩
- اضطرابات النوم	٣٧
- العصبية الزائدة	٣٤
- القلق	٢٤
- الكوابيس	١٢
- العزلة	٩

عن: (بشير الرشيدي، ١٩٩٤).

والحق أن كل مظاهر الاضطراب النفسي هذه يمكن أن تعد جانبا أو آخر من أعراض العصاب.

ب - دراسة عادل شكري كريم (١٩٩٤):

«دراسة مقارنة للمخاوف الشائعة لدى بعض الطلاب الكويتيين قبل الغزو العراقي وفي أثنائه وبعده».

وضع هذا الباحث مقياساً خاصاً للخوف يناسب هدف الدراسة، ويتسم بمعاملات ثبات مرتفعة وصدق لابأس به، وقد اختلفت المنبهات المثيرة للخوف اختلافاً كبيراً بين المراحل الزمنية الثلاث: قبل العدوان وفي أثنائه وبعده. ففي حين سميت العوامل قبل العدوان: الخوف من الفشل، والخوف من المستقبل، فقد سميت العوامل في أثناء العدوان: الخوف من إظهار رموز الهوية الكويتية، والخوف من لبس الحلى، والزي العسكري، والخوف من الأغذية العراقية، والإشعاع، والخوف من التعذيب، والخوف من الأسر والتجمهر. أما العوامل المستخرجة من القائمة بعد العدوان فقد سميت: الخوف من الحروب الحديثة وتوابعها، والخوف من الآثار السلبية للعدوان، والخوف من نفاد البترول أو الانهيار الاقتصادي، والخوف من التلوث ونتائجه، والخوف من المستقبل، والخوف من الانهيار الداخلي، والخوف من الأماكن الخطرة.

ويتضح من استعراض أسماء هذه العوامل عمق التغيير الذي حدث لدى عينة هذه الدراسة (طلاب جامعيون كويتيون) عبر المراحل الثلاث، وكيف بدّل هذا العدوان أمن المواطن خوفاً.

جـ - دراسة أحمد عبدالخالق، وعويد المشعان (١٩٩٤):

«إدراك الآثار النفسية للعدوان العراقي لدى طلاب الجامعة الكويتيين».

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد إدراك عينة من طلاب الجامعة الكويتيين من الجنسين أو وجهة نظرهم فيما خلفه العدوان العراقي من آثار نفسية، مع تحديد

أهمية كل أثر من هذه الآثار على شكل نسب مئوية لمن يرون من الطلاب أنه يعد أثراً لهذا العدوان. وأخيرا بيان العوامل الأساسية التي تستوعب هذه الآثار. وقد أُجريت هذه الدراسة بعد عامين تقريباً من التحرير.

وكُوِّنت قائمة لهذه الآثار على لسان الطلاب أنفسهم، ووصل معامل ألفا لهذه القائمة إلى ٠,٩٣ وهو معامل مرتفع يشير إلى ارتفاع ثباتها. ووصل عدد البنود فيها إلى ١٥١ بنداً. ويبين جدول (٥٤) نماذج لبنود القائمة وتكراراتها.

جدول (٥٤): بعض بنود قائمة الآثار النفسية للعدوان العراقي من وجهة نظر طلاب الجامعة وتكراراتها

بعض بنود القائمة	٪
- الشعور بعدم الأمان	٨٠,٧
- عدم الاطمئنان للمستقبل السياسي	٧٩,١
- التفكير في احتمال عودة الغزو	٧٣,٦
- القلق بشأن المستقبل	٦٩,٥
- الخوف	٦٤,٣
- القلق	٦٢,٥
- الشعور بعدم الاستقرار	٦١,١
- التوتر	٥٥,٣
- العصبية الزائدة	٤٨,٦
- الاضطراب النفسي	٤٦,٣

وقد كشف التحليل العاملي للبنود الخمسين ذات التكرارات الأعلى عن خمسة عوامل كما يلي:

١ - الآثار السلبية العصابية.

٢ - السلوك العدواني.

٣ - السلوكيات المستحدثة.

٤ - الآثار السلبية على المستوى العربي.

٥ - البلبلة والقلق.

د - دراسة بدر الأنصاري (١٩٩٤ «أ»):

«آثار العدوان العراقي على السمات الشخصية لطلاب جامعة الكويت من الجنسين».

أجريت هذه الدراسة على ٢٦٠ من طلاب جامعة الكويت من الجنسين (ن = ١٣٠ ذكور، و١٣٠ إناث). وهدفت إلى تعرُّف التغيرات التي طرأت على سمات شخصية الشباب الكويتي الجامعي بتأثير من العدوان العراقي. واستخدم الباحث قائمة «جف» Gough لصفات الشخصية، وتشتمل هذه القائمة على ٣٠٠ صفة. وأسفرت الدراسة عن شيوع بعض الصفات الأكثر سلبية بعدالعدوان العراقي مثل: القلق، والعصبية، والعدوانية، والكآبة، والتشاؤم. على حين كانت الصفات السلبية الشائعة قبل العدوان العراقي كما يلي: الاتكالية، والخجل، والغرور، ونفاد الصبر، والجبن.

هـ - دراسة بدر الأنصاري (١٩٩٤ «ب»):

«الفروق بين الذكور والإناث الكويتيين في الخجل قبل العدوان العراقي على الكويت وبعده».

هدفت هذه الدراسة إلى تعرُّف الفروق بين الجنسين في الخجل قبل العدوان العراقي وبعده، بالإجابة عن هذه الأسئلة:

١ - هل هناك فروق بين الجنسين في الخجل قبل العدوان وبعده؟

٢ - هل هناك اختلاف في درجة الخجل لدى الطالب الجامعي الكويتي في عام ١٩٩٠ (قبل العدوان العراقي) عن درجة الخجل لديه في عام ١٩٩٣ (بعد العدوان)؟

٣ - هل هناك فروق بين أفراد نفس الجنس في الخجل بعد العدوان عنه قبل العدوان؟

وتكونت عينة عام ١٩٩٣ من ٢٦٨ طالبا وطالبة من طلاب جامعة الكويت، في حين اشتملت عينة عام ١٩٩٠ (قبل العدوان) على ٤٣٠ طالبا وطالبة من الجامعة ذاتها.

واستُخدمت أربعة مقاييس للخجل من ترجمة هذا الباحث وإعداده وهي: مقياس القلق التفاعلي، ومقياس التكتم الاجتماعي، والخجل من وضع «شيك، وباص»، ومقياس التجنب الاجتماعي والضيق.

وكشفت نتائج الدراسة بوجه عام عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين وبين أفراد الجنس نفسه في مقاييس الخجل الأربعة في فترة ما قبل العدوان وما بعده.

و - دراسة عبدالعزيز الغانم (١٩٩٤):

«دراسة حول مشاكل الشباب الجامعي في الكويت في مرحلة ما بعد العدوان العراقي».

هدفت هذه الدراسة إلى تعرُّف مشاكل طلاب جامعة الكويت الكويتيين من الجنسين في مرحلة ما بعد العدوان العراقي، وتأثيره على تلك المشاكل، وتحديد قائمة بالمشاكل ذات الأولوية، واقتراح سبل مواجهة هذه المشاكل لزيادة جودة الأداء في المنظومة الجامعية، وتقليل الهدر الحادث فيها، ورفع مستوى العائد منها. وأجريت الدراسة خلال العام الجامعي ٩١/ ١٩٩٢.

وتمثلت أداة الدراسة في بطاقة استطلاع رأي الطلاب حول المشاكل التي يعانون منها، واشتملت على مجموعة من المشاكل موزعة على اثني عشر مجالا، وطُلب من أفراد العينة ترتيب أهم ثلاث مشاكل في كل مجال. وكانت المجالات كما يلي:

المشاكل الاقتصادية - المشاكل الاجتماعية - المشاكل الأسرية - المشاكل في المجال الديني - المشاكل الشخصية - مشاكل العلاقات بين الجنسين - المشاكل السياسية - مشاكل العمل بعد التخرج - المشاكل الدراسية - المشاكل في مجال العمل الطلابي - مجال المشاكل النفسية - مجال العلاقات الشخصية بين الطلبة.

وحُسبت التكرارات والنسب المئوية ودلالة الفروق بين التكرارات في كل بند من بنود المجالات الخاصة بالمشكلات، مع بيان تأثير العدوان العراقي على أولويات المشاكل لدى الطلاب. واختتمت الدراسة بإيراد مقترحات الطلاب لحل مشاكلهم.

ز - دراسة «كاثلين نادر، ولين فيربانكس» (Nader & Fairbanks, 1994):

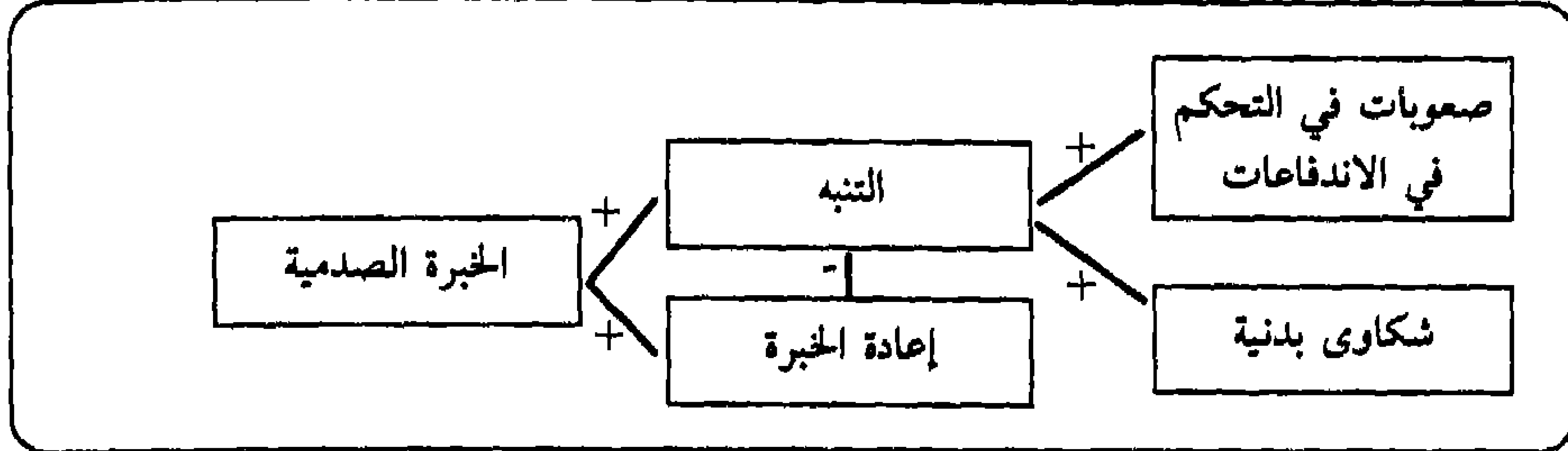
«قمع إعادة الخبرة: التحكم في الاندفاعات والأعراض العضوية».

أجريت هذه الدراسة على عينة من أطفال الكويت (ن = ٥١) الذين تعرضوا لأزمة الخليج، وأُنجزت الدراسة عليهم بعد التحرير، وطبق على الأطفال - باللغة العربية - مؤشر استجابات الأطفال للضغوط التالية للصدمة وذلك عن طريق مقابلة فردية لكل طفل، وسُجلت الأعراض التي قرر الطفل أنها ما تزال موجودة لديه. أما استخبار التعرض Exposure Questionnaire فيقيس التعرض المباشر أو غير المباشر لظروف الحرب، بما في ذلك تهديد الحياة، والقلق على الآخرين وإيذاء شخص ما.

وحاولت هذه الدراسة أن تستكشف العلاقات المتبادلة بين مركبات الأعراض لدى الأطفال الذين خبروا صدمة، وتفحص الفرض القائل بأنه إذا تم قمع إعادة الخبرة Reexperiencing فسوف يزداد التنبه العام عندئذ، ويؤدي إلى مشكلات خاصة بالتحكم في الاندفاعات Impulse control أو الشكاوى البدنية، أحدهما أو كليهما، وذلك كما يبين شكل (١٣).

وكشفت النتائج عن علاقة عكسية بين إعادة الخبرة وأعراض التنبه متضمنة مشكلات التحكم في الدفعات والشكاوى البدنية. وعلى الرغم من أن المراهقين كان لديهم مستويات مرتفعة من صعوبة التحكم في الاندفاعات بعد الأزمة، فقد كانت العلاقة عكسية بين إعادة الخبرة ومشكلات التحكم في الاندفاعات حتى بعد استبعاد تأثير العمر. أما الأطفال الذين أوردوا مشكلات بخصوص التحكم في الاندفاعات فقد تزايد احتمال اندماجهم في العدوان تجاه الآخرين خلال الاحتلال العراقي. وتؤكد هذه الدراسة الفرض القائل بأن ظاهرة قمع إعادة الخبرة

لدى الأطفال يمكن أن يؤدي إلى صعوبات متزايدة في التحكم في الاندفاعات وزيادة الشكاوى البدنية.



شكل (١٣): بعض آثار الخبرة الصدمية:
تؤدي الخبرة الصدمية إلى أمرين هما: إعادة المرور بالخبرة والتنبه، وعندما تغيب ظاهرة إعادة المرور بالخبرة أو تُقمع، فإن التنبه الفيزيولوجي يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في التحكم في الاندفاعات وزيادة الشكاوى البدنية، أحدهما أو كليهما.

عن: (Nader & Fairbanks, 1994).

٥ - دراسات نشرت عام ١٩٩٥

يعرض القسم الخامس من هذا الفصل نماذج لخمس دراسات، أجرى أربعة منها باحثون عربا على عينات كويتية من الأطفال والمراهقين والراشدين والمسنين، في حين أجريت الدراسة الخامسة على عينة كبيرة من الجنود الأمريكيين الذين سبق اشتراكهم في درع عاصفة الصحراء، وذلك بعد أن توقفت الحرب. ونعرض فيما يلي للنموذج الأول من هذه الدراسات.

أ - دراسة طلعت منصور (١٩٩٥):

«دراسة في الآثار النفسية والاجتماعية للغزو العراقي لدولة الكويت».

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل الآثار التي صاحبت أزمة العدوان العراقي على دولة الكويت باعتبارها متلازمات نفسية لحالة الصدمة التي تعرَّض لها المواطن الكويتي، وذلك بهدف تشخيص الآثار النفسية لوقع هذه الصدمة على عينات من

الأطفال والمراهقين الكويتيين (ن = ٥٩٢). واستخدم الباحث أداة من وضعه تحت عنوان: المتلازمات النفسية للعدوان العراقي لدى الناشئة الكويتيين، وتقيس الأعراض الناتجة عن صدمة العدوان.

وأسفرت هذه الدراسة المهمة عن استخلاص سبعة عوامل كما يلي: الصعوبات الانفعالية، والدافعية، والصعوبات الفيزيولوجية، والاكتئاب، واللزمات العصبية، والصعوبات الدراسية، والاضطرابات السلوكية.

وكشف التحليل العاملي ذي الرتبة الثانية عن استخلاص عاملين: القلق الوجودي، وردود أفعال الاكتئاب الصدمي.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة قد جمعت مادتها من أكتوبر ١٩٩٠ حتى مارس ١٩٩١ (أثناء الأزمة) على الأطفال الكويتيين المقيمين في مصر في أثناء العدوان العراقي، ولكنها نشرت عام ١٩٩٥.

ب - دراسة قاسم الصراف (١٩٩٥):

«آثار كارثة الاحتلال العراقي على مفهوم الذات لدى الشباب في الكويت».

هدفت هذه الدراسة إلى تعرُّف رأي الشباب الكويتي عن أنفسهم في فترة ما قبل أزمة الاحتلال العراقي لدولة الكويت وفترة ما بعدها، فضلا عن تعرُّف الآثار السلبية التي خلفتها الأزمة على مفهوم الذات لدى الشباب الكويتي.

وأجريت الدراسة على عينة من طلاب جامعة الكويت (ن = ٣٨٢) وطلاب المدارس الثانوية (ن = ٢٢٤) من الجنسين (٦٠,٤٪ من العينة يحملون الجنسية الكويتية)، وتتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٥ سنة.

وكشفت الدراسة عن فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات الواقعية ومفهوم الذات المثالية في فترة ما قبل العدوان العراقي، واتضحت أيضا فروق دالة إحصائيا بين مفهوم الذات الواقعية والذات المثالية في فترة ما بعد العدوان العراقي. كما أسفرت الدراسة عن فروق دالة إحصائيا في مفهوم الذات العامة في فترة ما قبل العدوان العراقي تُعزى إلى متغير الجنسية فقط. وقد ظهرت كذلك

فروق دالة إحصائياً في مفهوم الذات الواقعية في فترة ما قبل العدوان تعزى إلى متغير الجنسية فقط. وأخيراً فقد ظهرت فروق دالة إحصائيا في مفهوم الذات المثالية بين الفترتين: قبل العدوان العراقي وبعده.

جـ - دراسة فوزية عباس هادي (١٩٩٥):

«تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم».

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم النتائج النفسية والفيزيولوجية للصدمة الناتجة عن أزمة الخليج على أطفال الكويت الذين تعرضوا لأشكال حادة منها، بسبب أعمال القتل والخطف والتعذيب التي نُفذت في آبائهم. وتلخص الهدف الثاني لهذه الدراسة في تقويم النتائج النفسية للأزمة على آباء هؤلاء الأطفال، وأخيراً استطلعت الدراسة ما إذا كانت الآثار السلوكية على الأطفال واضحة لدى المدرسين والآباء.

وتألفت عينة هذه الدراسة من ١٥١ طفلاً كويتياً تتراوح أعمارهم بين ٩-١٢ عاما، إضافة إلى ١٤٠ من والديهم. وقُسمت عينة الأطفال إلى ثلاث مجموعات فرعية: مَنْ قُتل آباؤهم، مَنْ لا زال آباؤهم مفقودين، من أُلقي القبض عليهم أو على والديهم وقد يكون جرى تعذيبهم.

واستخدمت الباحثة بطارية اختبارات نفسية فيزيولوجية كبيرة العدد (اثني عشر مقياسا).

وأظهرت النتائج أنه بعد سنتين من انتهاء أزمة الخليج فإن الأطفال الذين تعرضوا لصدمة حادة وكذلك آباؤهم ما زالوا يكشفون عن مستويات من القلق النفسي تزيد على ما نجده في المجموعة الضابطة، وهو ما يُتوقع نظراً لأن كثيراً من هؤلاء الأطفال قُتل آباؤهم، وبعضهم لا يزال يجهل مصير آبائهم الذين ما زالوا في عداد المفقودين، وفي كثير من هذه الحالات جرى اعتقال الأب أمام عيني الطفل.

كما دلت هذه الدراسة على أن هذه الخبرات الصدمية قد أثرت في الأطفال بصرف النظر عن جنسهم ذكرانا أو إناثا.

ودلت نتائج هذه الدراسة الشاملة والمهمة على أن آباء الأطفال في مجموعة الصدمة لم يكونوا أحسن حالاً من أطفال مجموعة الصدمة، فقد عانى الآباء من أعراض جسدية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب وارتفاع في الدرجة الكلية على قائمة مراجعة الأعراض - ٩٠ - المعدلة، وذلك بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة من الآباء.

د - دراسة أحمد عبدالخالق، ومحمد نجيب الصبوة، وفريح العنزي (١٩٩٥):
«القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي».

هدفت هذه الدراسة إلى فحص معدلات انتشار القلق، وتأثير عدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية على القلق وارتباطها به، وذلك على ضوء فرض عام مفاده: الأثر السلبي المعاكس للعدوان العراقي على معدلات القلق، وقد أجريت هذه الدراسة الواقعية العملية بعد ثلاث سنوات من التحرير، على تسع عينات فرعية من طلاب الثانوي والجامعة والموظفين والمسنين من الجنسين، فضلاً عن ربات البيوت، وضمّت العينة ٢٧٩٥ مواطنا كويتيا من الجنسين، واشتقت العينة من المحافظات الخمس لدولة الكويت.

واستخدم مقياس سمة القلق من وضع «سبيلبيرجر» وزملائه عام ١٩٨٣ ومن تعريب وإعداد أحمد عبدالخالق، فضلاً عن استمارة بيانات اجتماعية، تضم معلومات عامة وأخرى خاصة بالعدوان.

وأسفرت الدراسة عن ارتفاع متوسط درجات القلق لدى الذكور والإناث من طلاب المدارس الثانوية والجامعة بعد العدوان العراقي بالمقارنة إلى ما كان قبله، وكان الفرق دالاً إحصائيا، وبخاصة لدى طالبات الجامعة، مشيراً إلى الآثار السلبية لكارثة العدوان العراقي.

كما اتضح أن المعاناة من القلق تختلف من عينة إلى أخرى، فحصل على أعلى متوسط للقلق: المسنات وطالبات الجامعة، ثم طلاب المدارس الثانوية من الذكور، وطالبات المدارس الثانوية، فربات البيوت، والموظفين، وطلاب الجامعة الذكور، والموظفات وكبار السن الذكور، وذلك على حسب الترتيب التنازلي بدءاً من الأعلى إلى الأدنى.

وظهر كذلك أن متوسط درجات القلق يرتفع لدى مجموعة منخفضي الدخل، والعكس صحيح. كما يزداد متوسط القلق لدى الأفراد الذين انحدروا من أسر كبيرة العدد، والعكس صحيح. وقد حصلت مجموعة المتزوجين على أقل متوسط للقلق، وذلك بالمقارنة إلى مجموعتي المطلقين والمنفصلين.

وقد خفضت المساندة الاجتماعية للمفحوص خلال الأزمة من متوسط القلق، وبخاصة عندما تأتي المساندة من الوالد من الجنس نفسه. وأخيراً فقد حصل المواطنون الذين أقاموا خارج الكويت في أثناء العدوان ودخلوا إلى الوطن قبل التحرير على درجة مرتفعة من القلق.

هـ - دراسة «ساتكر» وزميلاتها (Sutker *et al.*, 1995"a"):

«قياس أعراض الاضطرابات النفسية لدى القوات المحاربة في الخليج العربي: مقارنة بين تأثير السلالة والجنس» (ذكر/ أنثى).

يورد الباحثون في هذه الدراسة أن عدداً من الفحوص يؤكد على أثر التعرض لضواغط الحرب وطبيعتها (شدة القتال) في حدوث حالات اضطراب الضغوط، ولكن بعض الدراسات تؤكد أيضا أهمية العوامل الخاصة المتصلة بالمصادر الشخصية أو الفروق الفردية، والتي يمكن أن تجعل الأفراد في خطر تطوير الأعراض النفسية التالية للصدمة، ومن هذه العوامل ما يلي: الرتبة العسكرية، والتعليم، والمركز الاجتماعي الاقتصادي، والسلالة أو الأقليات، والجنس (الإناث بوجه خاص).

وقد أسفرت الدراسة الوبائية الضخمة التي أجريت لبحث مشكلات إعادة التوافق لدى المحاربين في فيتنام، عن معدلات انتشار مرتفعة عند المحاربين الأمريكيين من أصل أفريقي أو من أصل أسباني بالمقارنة إلى زملائهم البيض. وتشير استجابة المحاربات النساء لخبرات منطقة الحرب إلى معدلات مرتفعة من أعراض اضطراب الضغوط والشكاوى البدنية، ولدى الممرضات اللاتي خدمن في فيتنام وعند المحاربات في فيتنام اللاتي تعرضن مرة ثانية لمؤشرات تثير فيهم خبرات الحرب، وذلك نتيجة التغطية الإعلامية المكثفة لحرب الخليج.

ونتيجة لصغر العينات في مثل هذه الدراسات، أجرت «ساتكر» وزميلاتها هذه الدراسة على ٩١٢ من الأمريكيين الذين حاربوا في عملية درع عاصفة الصحراء، وعملوا في القوات الجوية أو البرية أو البحرية.

وطبقت عليهم بطارية اختبارات تقيس أعراض الاضطراب النفسي الحالي وبخاصة الحالات المزاجية السلبية، والشكاوى البدنية أو الجسمية، وأعراض اضطراب الضغوط، بالإضافة إلى بيانات ديموجرافية وشخصية وخصائص الصدمة. واستخدمت قائمة «بيك» للاكتئاب، ومقياس حالة القلق من وضع «سبيلبيرجر» وصحبه، وحالة الغضب للمؤلف الأخير، والمقاييس الفرعية للاكتئاب والقلق والعدوانية المشتقة من قائمة الأعراض المختصرة من وضع «ديروجاتس، وسبنسر»، وقيست الشكاوى الجسمية بقائمة الأعراض الصحية HSC وهو مقياس يستخدم كثيراً مع ضحايا الصدمات.

وكشفت الدراسة أن الأقلية السلالية لديهم خطورة أكبر للاضطرابات النفسية، وأعراض أكثر لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكن الفرض لم يتحقق بالنسبة للنساء.

٦ - دراسات نشرت عام ١٩٩٦

يعرض هذا القسم لثلاث دراسات عربية.

أ - دراسة جاسم الخواجة (١٩٩٦):

«بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي».

هدفت هذه الدراسة إلى بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة ليناسب الاستخدام في المجتمع الكويتي، وليلبي حاجة المختصين في مجالي التشخيص والبحوث. ومرت عملية بناء المقياس بعدة خطوات نتج عنها اختيار ثلاثين عبارة لقياس الأعراض الناتجة عن تعرض الفرد للصدمات الشديدة، ثم أضيف سؤال مفتوح ليسمح للفرد بذكر أو كتابة ما مر به من أحداث في أثناء الصدمة بشكل مختصر. وروعي في صياغة العبارات أن تقيس الأعراض التي وردت في كل من التشخيص الدولي العاشر للأمراض ICD-10 والدليل التشخيصي الرابع DSM-IV، حيث أظهرت استجابات (١٢٤٦) طالبا، كان منهم (٦٢٢) ذكراً، و(٦٢٤) أنثى، أن المقياس يشتمل على أربعة عوامل، تحدد أربع فئات من الأعراض المحددة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وظهر كذلك أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق.

ب - دراسة فريح عويد العنزي (١٩٩٦):

«الاضطرابات النفسية المترتبة على الغزو العراقي لدولة الكويت».

هدفت هذه الدراسة إلى بناء قائمة للاضطرابات النفسية في أثناء الاحتلال وبعد التحرير، مع إجراء مسح - بوساطة هذه القائمة - لأهم الاضطرابات النفسية في أثناء الاحتلال وبعد التحرير، وكذلك تعرُّف الفروق في هذه الاضطرابات بين الجنسين وبين الفترتين وبين النازحين والصامدين.

وتكونت العينة من ٤٧٦ فرداً من طلاب المدارس والموظفين من الجنسين، وقسموا إلى نازحين وصامدين في أثناء فترة الاحتلال، وقام الباحث بوضع مقياس

للآثار النفسية ينقسم إلى قسمين في أثناء العدوان وبعد التحرير، واتبع في وضع هذا المقياس خطوات علمية محددة، وتم التأكد من ثباته وصدقه. وكشفت هذه الدراسة عن نتائج مهمة نلخصها فيما يلي:

- النازحون من الذكور أكثر اضطرابا من الذكور الصامدين في أثناء الاحتلال.
- النازحات أعلى اضطرابا من الصامدات في أثناء فترة الاحتلال.
- الصامدون الذكور أكثر اضطرابا في أثناء الاحتلال منهم بعد التحرير.
- الصامدات أكثر اضطرابا في أثناء الاحتلال من النازحات بعد التحرير.
- ظهرت فروق متعددة في الاضطراب النفسي بين الجنسين من الصامدين والنازحين.
- تختلف العوامل المستخرجة من المقياس لدى العينات المختلفة وبين مختلف الفترات.

جـ - دراسة عويد سلطان المشعان، وفريح عويد العنزي (١٩٩٦):

«الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي».

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف حجم الاضطرابات النفسية، وتقدير مدى شدتها لدى الأسر التي كانت داخل الكويت، والتي كانت خارجها إبان الاحتلال العراقي، فضلاً عن الأسر التي يوجد لديها شهيد أو أسير. وتكونت العينة من (٢٤٩) من الأسر الكويتية موزعة كما يلي: ٧٩ من الأسر التي عاشت خارج الكويت، و٥٨ من الأسر التي عاشت داخل الكويت (ولم يكن لدى أي منهم أسير ولا شهيد)، و٥٥ من أسر الشهداء، و٥٧ من أسر الأسرى. وأجريت الدراسة عام ١٩٩٤. واستخدمت الأدوات الآتية: المقياس العربي للوسواس القهري، ومقياس قلق الموت، وقائمة «بيك» للاكتئاب، ومقياس اضطراب النوم.

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية في المتغيرات السابقة بين الأسر التي كانت خارج الكويت والتي كانت داخلها في أثناء العدوان العراقي. ومن

النتائج المهمة لهذه الدراسة حصول أسر الأسرى على درجة أعلى من باقي المجموعات في متغير الاكتئاب.

٧ - دراسات عام ١٩٩٧ وما بعده

يعرض هذا القسم لخمس دراسات كما يلي:

أ - دراسة جاسم الخواجة (Al-Khawaja, 1997):

«وصف إكلينيكي لقلق الأطفال في أثناء حرب الخليج».

هدفت هذه الدراسة إلى تعرُّف الأحداث الصدمية التي مر بها الأطفال الكويتيون الذين عاشوا في الكويت تحت الاحتلال العراقي، كما هدفت إلى تقدير أرجاع القلق لدى هؤلاء الأطفال. وأجريت الدراسة على ٣٢٢ طفلاً كويتياً كانوا يعيشون في مصر في أثناء الاحتلال العراقي، تتراوح أعمارهم بين ٥، و١٦ عاما بمتوسط قدره: ١٠,٤، وانحراف معياري قدره: ٢,٧ عاما. وتضمنت المقابلة التي أجريت لهؤلاء الأطفال تسجيل العلامات السلوكية والجسمية بوصفها مؤشرات للانفعال والقلق. وقد شهدت نسبة من العينة واحداً أو آخر من الأحداث الصدمية الآتية: الإعدام، والاغتصاب، والاعتقال، والتعذيب، والنهب، وإشعال الحرائق في المباني، وسرقة البيوت، والسيارات، ورؤية الضرب بالرصاص، أو سماعه، وقتل الأطفال. ودرست حركات الجسم التي صدرت عن هؤلاء الأطفال في أثناء المقابلة الشخصية، فاتضح أن أنباء الاغتصاب أثرت بدرجة كبيرة في الأرجاع الانفعالية للبنات، وظهرت فروق جوهرية في حركات الجسم في أثناء المقابلة بين الأطفال الذين رأوا الأحداث الصدمية والأطفال الذين سمعوا عنها، فكشفت المجموعة الأولى عن مزيد من التكرار لعض الشفاه والحركات العشوائية لليدين. كما ظهرت فروق في حركات الجسم بين الأطفال الذين كانوا في الكويت إبان الاحتلال العراقي والأطفال الذين كانوا خارج وطنهم.

ب - دراسة بدر الأنصاري (١٩٩٧):

«الاكتئاب والعدوان العراقي: دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي».

هدفت هذه الدراسة إلى بحث معدلات الاكتئاب لدى عشر عينات من المواطنين الكويتيين، وذلك بعد العدوان العراقي، مع ربط الاكتئاب ببعض المتغيرات الناتجة عن العدوان العراقي أو الموجودة إبانه.

واشتملت العينة على ٢١٣٥ فرداً كويتياً من طلاب المدارس الثانوية وطلاب الجامعة والموظفين والمدرسين من الجنسين، فضلاً عن المسنين الذكور وربات البيوت (عشر عينات فرعية). وطبق على جميع العينات قائمة «بيك» للاكتئاب BDI وصحيفة بيانات اجتماعية.

وأسفرت الدراسة عن نتائج كثيرة أهمها ما يلي: حصول طالبات المرحلة الثانوية على أعلى درجة من الاكتئاب، تليهم ربات البيوت فالمسنون، ثم طالبات الجامعة، وطلبة الثانوي، وأخيراً طلبة الجامعة والموظفات والمدرسات والمدرسون، وقد ظهرت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الاكتئاب في عينات: طلاب الثانوي وطلاب الجامعة فقط بحيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى، في حين لم تظهر فروق جوهرية بين المجموعات الأخرى.

كما كشفت هذه الدراسة عن ارتفاع الاكتئاب لدى فئة منخفضي الدخل الشهري، فضلاً عن ارتفاع الاكتئاب في حالة زيادة عدد أفراد الأسرة، كما حصل المتزوجون على أقل متوسط للاكتئاب بالمقارنة إلى الأرامل والمنفصلين والمطلقين. وقد حصل على أعلى متوسط اكتئاب من كان خارج الكويت ثم حاول الدخول إبان الاحتلال العراقي. وزادت معدلات الاكتئاب لدى من تعرضوا للتعذيب.

جـ - دراسة أحمد عبدالخالق، وعويد المشعان (١٩٩٨):

«المخاوف الشائعة لدى الأطفال والمراهقين الكويتيين ومدى تأثرها بالعدوان العراقي».

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المخاوف الشائعة لدى الأطفال والمراهقين الكويتيين بعد التحرير، وإلى بيان معدلات هذه المخاوف لديهم، مع وضع معيار للتفرقة بين المخاوف التي نجمت عن العدوان العراقي وتلك التي تعد عامة في كثير من المجتمعات.

وبدأت الدراسة بتوجيه سؤال مفتوح النهاية لعينة من تلاميذ المدارس المتوسطة من الجنسين (ن = ٣٣٤)، يطلب منهم كتابة أكبر عدد من المواقف المخيفة أو الأشياء التي تسبب لهم الخوف أو الضيق، ووصل عدد البنود الناتجة عن هذه الخطوة - بعد حذف المكرر - إلى ٤٧٧ بنداً مثيراً للخوف أو الضيق. ثم طُبقت القائمة الناتجة على عينة أخرى من تلاميذ المدارس المتوسطة من الجنسين (ن = ٥٧٢)، وطُلب من كل منهم أن يحدد البنود التي تسبب له الخوف أو الضيق، واستخرجت التكرارات والنسب المئوية لكل بند، ثم رتبت البنود ترتيباً تنازلياً ابتداء من الأعلى فالأدنى وفقا للنسب المئوية لكل منها، وذلك بهدف تعيين الرتبة التي يشغلها كل بند، وتحديد معدلات انتشار الخوف من كل من هذه البنود، وتمت هذه التحليلات جميعاً للذكور والإناث.

وتراوحت النسب المئوية التي حصلت عليها البنود بين ٨٣٪، و١٪، وحصل بند «المخدرات» على الرتبة الأولى لدى الذكور والإناث (٨١٪، و٨٣٪ على التوالي). وقد حصلت البنود: «المخدرات، دخول العراقيين مرة أخرى، الفشل في الدراسة، الغزو، الخمر» على الرتب الخمس الأولى لدى الذكور، وتراوحت النسب المئوية للمفحوصين الذين اختاروها بين ٨١٪، و٧٣٪. في حين حصلت البنود: «المخدرات، الجن، الفشل في الدراسة، الجثث، دخول العراقيين مرة أخرى» على الرتب الخمس الأولى لدى الإناث، وتراوحت النسب

المئوية للإناث اللائي اخترن هذه البنود الخمسة بين ٨٣٪، و٧٨٪، وقد خاف من «الإيدز» ٦٩٪ من الذكور، و٦٨٪ من الإناث. وشملت فئة الخوف على الأخلاق الحميدة عدداً لا بأس به من البنود، يليها الخوف من التفكك الأسري. على أن الفئة الأكبر ضمت البنود المثيرة للخوف بتأثير من العدوان العراقي، حيث كونت هذه الفئة ٢٢,٦٪ من بنود قائمة المخاوف بأسرها، وهي نسبة مرتفعة تشير إلى التأثر السلبي الكبير بالعدوان العراقي من قبل هؤلاء الأطفال والمراهقين.

د - **دراسة أحمد عبدالخالق** (Abdel-Khalek, 1977):

«مسح للمخاوف المرتبطة بالعدوان العراقي لدى الأطفال والمراهقين الكويتيين: دراسة عاملية بعد ٥,٧ سنة من حرب الخليج».

كان لهذه الدراسة أربعة أهداف: (١) مسح للمنبهات المثيرة للخوف والمرتبطة بالعدوان العراقي لدى عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين (٢) تكوين قائمة للمخاوف اعتماداً على هذا المسح (٣) تحديد ثبات هذه القائمة وصدقها والتركيب العاملي لها (٤) اختبار الفروق المرتبطة بكل من العمر والجنس على هذه القائمة. وقد اعتمدت هذه الدراسة على مسح المخاوف الذي قام به عبدالخالق، والمشعان (١٩٩٨)، ثم طُلب من أربعة عشر محكماً متخصصاً تحديد المنبهات المرتبطة بالعدوان العراقي وحده. وخُفضت قائمة المخاوف المرتبطة بالعدوان إلى ثلاثين بنداً فقط (انظر جدول ٥٥)، وذلك بعد تطبيق محكات متعددة، ثم طُبقت على ١٠٢٠ ذكراً، و١٠٦٣ أنثى ممن تراوحت أعمارهم بين ١٣، و١٧ عاما، وكان ذلك بعد ٥,٧ عاماً من العدوان العراقي. وللقائمة ثبات وصدق تلازمي مرتفعين، واستُخرجت ثلاثة عوامل جوهرية سميت كما يلي: المعتدي العراقي، وآلة الحرب، ومتعلقات الحرب وآثارها. وحصلت الإناث على متوسط درجات أعلى من الذكور في كل الثلاثين بنداً فضلا عن الدرجة الكلية على القائمة. واستُنتج أن الآثار المعاكسة Adverse effects للعدوان العراقي قد استمرت لدى الأطفال والمراهقين الكويتيين على الرغم من مرور ٥,٧ عاما على هذه الخبرة الصدمية.

جدول (٥٥): بنود قائمة المخاوف المتأثرة بالعدوان العراقي

نص البنود
١ - الجيوش.
٢ - المسدسات.
٣ - صوت إطلاق النار.
٤ - الدبابات.
٥ - الصواريخ.
٦ - القصف.
٧ - المفرقعات.
٨ - صوت المدافع.
٩ - سقوط الطائرات.
١٠ - العدوان العراقي.
١١ - القتل.
١٢ - صفارة الإنذار.
١٣ - الحرائق.
١٤ - المتفجرات.
١٥ - الجيش العراقي.
١٦ - الألغام.
١٧ - تعدي حدود الكويت.
١٨ - العراقيون.
١٩ - العدوان.
٢٠ - صدام حسين.
٢١ - التعذيب.
٢٢ - الجنود.
٢٣ - التدمير.
٢٤ - آثار العدوان.
٢٥ - العراق.
٢٦ - جواسيس الطاغية.
٢٧ - الغزو.
٢٨ - القنابل.
٢٩ - شكل الجنود العراقيين.
٣٠ - الغزاة.

هـ - دراسة أحمد عبدالخالق (مقبول للنشر):

«قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت».

قلق الموت نوع خاص من القلق العام، يشير إلى حالة انفعالية مكدرة، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجتها، وقد ظهرت علاقة بين قلق الموت وكل من بعض التخصصات الدراسية، والمهنة، وبرامج خفض معدلات قلق الموت، وبعض الظروف الاجتماعية والمرضية، والاضطرابات المدنية والحروب، واعتماداً على ذلك فقد افتُرض أن متوسطات قلق الموت بعد العدوان العراقي على دولة الكويت ترتفع عنها قبله.

أجريت هذه الدراسة أول عام ١٩٩٣ (بعد سنتين من تحرير دولة الكويت) على عينة من طلاب جامعة الكويت من الجنسين (ن = ٢٩٢)، وقورنت هذه العينة بأخرى مناظرة كان قد سبق التطبيق عليها في عام ١٩٨٨، قوامها ٤٧٧ من الطلاب. واستُخدم مقياس «تمبلر» لقلق الموت في مَرّتي التطبيق، ويتسم بخصائص سيكومترية جيدة على عينات كويتية، وكشفت النتائج عن ارتفاع متوسطات قلق الموت بعد العدوان العراقي بالمقارنة إلى ما كان قبله لدى كل من الذكور والإناث الكويتيين، كما ظهرت فروق بين الجنسين في مرتي التطبيق (للإناث متوسط أعلى من الذكور). وكانت جميع هذه الفروق دالة إحصائياً، وقد فُسرت هذه النتائج على ضوء بحوث قلق الموت بوصفه وحدة مرنة يمكن أن تتأثر بالظروف البيئية.

٨ - أهمية مواصلة دراسة آثار العدوان العراقي

إن تدخل علماء النفس للتحكم في آثار العدوان العراقي على دولة الكويت يكون على مستويات ثلاثة على الأقل كمايلي: الدرس، والتشخيص، والعلاج.

وفيما يختص **أولاً** بالتدخل في هذه الآثار السلبية من ناحية الدرس، فإن الحاجة ماسة أن تجري البحوث بهدف فحص معدلات انتشار Prevalence Rates الاضطرابات النفسية Neurotic Disorders والمشكلات السلوكية Behavioural

Problems، والانحرافات الخُلُقية Moral Deviations التي يمكن أن تكون قد نجمت عن هذا العدوان بوصفها آثاراً سلبية له، ويضطلع عالم النفس هنا بدور العالم التطبيقي الذي يقوم بتحديد جوانب المشكلة تحديداً علمياً دقيقاً، وفهم أسبابها وحجمها وآثارها، وما ذلك إلا تمهيد للمستوى الثاني.

أما ما يتصل **ثانياً** بتشخيص العواقب السلبية غير المرغوبة لهذا العدوان، فإن تَدَخُّل عالم النفس هنا يكون بهدف وضع الأسس العلمية لقياس هذه الآثار، فضلاً عن إعداد المقاييس النفسية على اختلاف أنواعها، سواء أكانت معربة أم مؤلفة، وكذلك العمل على التسجيل العلمي للملاحظات التي يرصدها أشخاص يقعون في موقع خاص إذ يتاح لهم مشاهدة النشء والمراهقين والشباب والتعامل معهم، ونقصد بذلك المدرسين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين الممارسين في المقام الأول على سبيل المثال، حيث يلاحظون مثلا بروز مشكلة نفسية معينة كزيادة عدوانية المراهقين عن ذي قبل، أو انتشار العنف Violence لدى الأطفال بعد العدوان بالمقارنة إلى ما كان قبله... وهكذا.

وتتلخص مهمة عالم النفس هنا في تكميم Quantification هذه الظواهر وأشباهها، والسعي نحو القياس الموضوعي الدقيق لها، وبحث معدلات انتشارها تمهيداً لوضع خطة لعلاجها، وفي هذا الصدد يجدر التنويه إلى أن الملاحظات المفردة والمشاهدات المتفرقة لا تؤسس معارف راسخة، فكما قال العرب: «إن طيراً واحداً لا يُبشِّرُ بالربيع»! ولا حاجة إلى تفصيل القول عن أهمية القياس في العلم، فالنظرية والتجربة(أو القياس) متكاملتان، من أجل ذلك قيل: إن «التجربة بلا نظرية عمياء، والنظرية بلا تجربة عرجاء». ومن ناحية أخرى فإن التشخيص أساس العلاج، وهذه هي المهمة الثالثة.

وفيما يرتبط **ثالثا** بعلاج الآثار السلبية للعدوان، فإن العلاج يعتمد على أسس راسخة من التشخيص الدقيق للحالة. ولقد تعددت الاضطرابات والمشكلات والانحرافات في هذا العصر تعدداً غير قليل، كما تنوعت بالتبعية طرق علاج هذه الاضطرابات، وقد لا يصلح علاج اضطراب معين لعلاج اضطراب آخر. وإذا

كانت الخطوة الأولى لنجاح العلاج هي التشخيص الدقيق فإن الخطوة الثانية والمهمة بالتأكيد هي اختيار العلاج الأمثل لاضطراب معين، ولا يتاح علاج واحد ناجح لكل الحالات. وكما تختلف العقاقير التي تعالج الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية فإن طرق العلاج النفسي وأساليبه تختلف وتتعدد، ويتعين اختيار أمْثِلها بالنسبة لكل حالة على حدة، وكما قيل فإن «الاختيار أول مراحل الابتكار». يلي ذلك رسم الخطة العلاجية الملائمة للحالة. ويمكن أن نؤكد أسساً مهمةً في **مجال التشخيص لحالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة**، نوجزها فيمايلي:

١ - التشخيص خطوة أولى مهمة ومرحلة أساسية في فحص هذا الاضطراب.

٢ - العلاج الناجح يعتمد على التشخيص الدقيق للحالة.

٣ - لا بد من الاهتمام بالتشخيص الفارق Differential Diagnosis أي الذي يميز بين هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات التي يمكن أن تتداخل معه وأهمها: اضطرابات القلق الأخرى، والاكتئاب، واضطرابات التوافق، والشخصية المضادة للمجتمع، والفصام، والاضطرابات المتصنعة.

٤ - من الأهمية بمكان التفرقة في التشخيص بين اضطراب الضغوط التالية للصدمة وحالات التمارض Malingering، حيث يكون للأخيرة هدف أساسي وهو الحصول على ربح أو مكسب ثانوي Secondary gain. ومن هذه المكاسب: التعويض المالي، وتجنب إقامة الدعوى في جريمة ما، والتحايل والتمارض للحصول على عقار معين.

كما كشفت البحوث العلمية والعملية عن **النتائج التالية في مجال العلاج**:

١ - إذا كان الكشف المبكر Early Detection مسألة على درجة كبيرة من الأهمية في تخصصات الطب المختلفة: الجسمية والنفسية، فإن الاكتشاف السريع والمبكر لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أمر حاسم في الشفاء.

٢ - سرعة البدء في العلاج تؤدي إلى نتائج أفضل من تأجيله.

٣ - كلما كان العلاج وجيزاً مختصراً كان ذلك مؤدياً إلى نتائج أفضل.

وإذا كان السبب في اضطراب الضغوط التالية للصدمة واضحاً ومحدداً، فإن

البحوث التي تربط بين الصدمة والاضطراب في علاقة سببية بسيطة، ونقصد علاقة السبب والنتيجة Cause and effect قد تعرضت لجوانب نقد عدة، وتفصيل ذلك أن الصدمة أو الحادث الصدمي Traumatic Event هو السبب في هذا الاضطراب، ومن دون هذه الصدمة لا يحدث هذا الاضطراب، ومع ذلك فقد لوحظ - من ناحية أخرى - أنه إذا تعرض عدد من الأفراد لصدمة واحدة كالحرب أو القصف بالقنابل أو الكوارث الطبيعية فإنهم لن يصابوا جميعاً بهذا الاضطراب، فمنهم من ينهار تماماً، ومنهم من ينهار بدرجة أقل، ومنهم من لا ينهار بتأثير من هذه الصدمة، ومنهم من يخرج من الأزمة أصلب عودا. الحادث الصدمي إذن شرط ضروري للإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكنه شرط غير كافٍ وحده.

وقد أدت هذه البحوث إلى التأكيد على فحص الفروق الفردية في الاستجابة للصدمة، فدرست العوامل الديموجرافية المتصلة بالخصائص العامة للأفراد مثل: جنس الفرد، والسن، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، ودرجة التعليم، والمهنة، والحالة الاجتماعية. . . وغيرها.

ومن أهم العوامل التي أسفرت البحوث الحديثة عن علاقتها باحتمالات الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة مايلي:

١ - عنف الصدمة وشدتها وخطورتها.

٢ - الصدمات السابقة التي تعرض لها الفرد: كماً وكيفاً.

٣ - سمات شخصية الفرد.

وأسفرت البحوث فيما يتعلق بالعامل الأول عن أن مدى خطورة الصدمة وعنفها أهم عامل في الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد نبعت النتائج في هذا المجال من الدراسات على الصدمات إبان الحرب، فأجريت تجارب عديدة على المحاربين العسكريين كشفت عن أن أهم عامل في نشأة هذا الاضطراب لديهم، هو عنف الصدمة عليهم (القتال) وخطورة آثارها بالنسبة لهم.

وفيما يتعلق بالعامل الثاني فمن الممكن أن نفترض أن الشخص الذي اعتاد على الصدمات فيما مضى من أيام حياته فإن الصدمة «الجديدة» سيكون وقعها أخف، وفي ذلك - بمصطلحات نظرية التعلم الحديثة - نوع من الاعتياد أو التعود، وطرف من خفض الحساسية أو التسكين Desensitization في المجالات الواقعية للحياة. والعكس من ذلك صحيح أيضاً: فإذا كانت هذه هي الصدمة الأولى الشديدة لدى الفرد فإن وقعها سيكون أعنف، وبين الأعنف والأخف - بطبيعة الحال - درجات عدة متتالية.

على أن هناك أبحاثاً أخرى تعد نتائجها متعارضة إلى حد معين مع ما سبق أن أوردناه في التو: فقد ظهر أن الأشخاص الذين يكابدون الحياة، ويصارعون مواقف الحياة الضاغطة يكون تحملهم للصدمة الجديدة ضعيفا، ووقعها عليهم عنيفا (انظر: Foy *et al.*, 1992). وعلى كل حال فإن التضارب بين نتائج هذه البحوث يعني تأثير عديد من المتغيرات في الظاهرة المعقدة التي يدور حولها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما يؤكد على أن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات في هذا المجال.

ويشير تضارب النتائج هنا - من بين ما يشير - إلى ضرورة فحص سمات شخصية المتعرضين للحوادث الصدمية، ودراسة الفروق في هذه السمات بين من يطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن لم يطوره، ومع ذلك فيبدو أن هناك شخصية هشة فجة واهنة، لديها القابلية والتهيؤ كي ينشأ هذا الاضطراب ويتطور لديها.

وفيما يتعلق بالعوامل السببية في اضطراب الضغوط التالية للصدمة - أخيراً وليس آخراً - فقد أسفرت دراسات أخرى عن أنه من الأهمية بمكان أن نركز على فحص الجوانب الآتية:

١ - وجهة نظر الفرد للحادث الصدمي واتجاهه نحوه وتفسيره إياه.

٢ - المساندة الاجتماعية التي يلقاها من الأسرة والأصدقاء.

٣ - قوة العقيدة وعمق الإيمان.

٤ - شدة التحمل والصبر والجلد.

٥ - فلسفة الفرد في الحياة وبخاصة ما يضعه من أهداف لحياته Purpose in life.

وكلما كان اتجاه هذه العوامل الخمسة السابقة إيجابياً كان احتمال إصابة الفرد بهذا الاضطراب أقل، والعكس صحيح أيضاً. وعلى الرغم من الدراسات الكثيرة في مجال أسباب هذا الاضطراب فإن النتائج غير حاسمة، بما يشير إلى ضرورة وضع نموذج متعدد الأبعاد Multifactorial paradigm لتفسير هذا الاضطراب، ومن ثم فإن باب الاجتهاد والدرس لم يقفل بعد. وما دامت حياة الإنسان مستمرة على ظهر هذا الكوكب، فستظل مشكلات الإنسان مع نفسه ومع جاره مستمرة مداومة، على اختلاف في أماكن هذه المشكلات والصراعات، فاليوم هنا وغداً هناك... وذلك حتى يرث الله سبحانه وتعالى الأرض ومن عليها.

ويبدو - والله أعلم - أن مجرد وجود الإنسان مع الإنسان أمر مثير للمشكلات والخلافات والصراعات في معظم الحالات إلا قليلا، وطالما تواصلت معيشة الإنسان مع الإنسان واستمرت فسوف تنشأ الحروب والعنف والعدوان والجريمة والاغتصاب وحوادث المواصلات وانفجار المفاعلات، وطالما تواصلت معيشة الإنسان على ظهر الأرض واستمرت فسوف تنشأ الكوارث الطبيعية كالفيضانات المغرقة والزلازل المدمرة والأعاصير المحطمة... وغير ذلك من الابتلاءات - والابتلاء من البلاء، والامتحانات - والامتحان من المحنة. وفي كل الأحوال المسببة للصدمات على تنوعها، وفي كل الحوادث الصدمية على اختلافها فإن نسبة معينة تصاب باضطراب الضغوط التالية للصدمة، بما يحتم ضرورة التدخل لتشخيص هذه الحالات وعلاجها.

ونوصي في هذا المجال بما يلي:

١ - ضرورة إجراء مسح دقيق يهدف إلى حصر حالات اضطراب الضغوط التالية

للصدمة، ويمكن أن يبدأ هذا المسح في أماكن التجمعات الكبرى كالمدارس المتوسطة والثانوية والجامعة والتعليم العالي.

٢ - استخدام أداة قياسية (سيكومترية) تتصف بالثبات والصدق والموضوعية، تساعد على فرز حالات الاضطراب وتحديدها.

٣ - تقديم العلاج المناسب للحالات التي يسفر عنها مثل هذا المسح، فضلاً عن الحالات التي تتقدم طلبا للعلاج في المراكز الطبية النفسية.

٤ - تحديد مآل هذه الحالات بعد العلاج، والمفاضلة بين عدد من الطرق العلاجية لبحث أفضل ما يناسب الحالات الكويتية.

٥ - متابعة هذه الحالات متابعة دقيقة بعد الانتهاء الرسمي للعلاج.

٩ - استنتاجات ختامية

بعد أن عرضنا نماذج للدراسات النفسية المتعلقة بالآثار النفسية والاجتماعية للعدوان العراقي على دولة الكويت، فمن المناسب أن نورد أهم الاستنتاجات من هذه الدراسات، وهي كما يلي:

١ - الدراسات النفسية التي أجريت على المجتمع الكويتي قبل العدوان، وبخاصة ما يتصل منها بالشخصية والتوافق والاضطرابات النفسية، قليلة جداً بوجه عام.

٢ - أجريت بتأثير من العدوان العراقي دراسات كثيرة على المجتمع الكويتي، هدف معظمها إلى رصد هذه الآثار، وبيان مستوى التغير الذي حدث.

٣ - المشكلة الأساسية في الدراسات النفسية التالية للعدوان أنه لا توجد نقطة مرجعية Reference point تمثل الدراسات قبل العدوان، وذلك حتى يمكن إجراء المقارنة بها (بحوث ذات تصميم قبلي بعدي).

٤ - اتخذت بعض البحوث معياراً لها: الآراء والمشاهدات العامة، كآراء أولياء الأمور والمدرسين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين، وذلك للتعرف

إلى التغير الذي حدث لدى المواطن، أو السلوكيات التي استُحدثت، واستخدم هذا المعيار مع عينات من الطلاب.

٥ - استخدم بعض البحوث طريقة إجابة المفحوص ذاته عن الاستخبار الواحد مرتين على أساس فترتين زمنيتين مختلفتين: شعورك قبل العدوان ثم بعده. واستخدمت هذه الطريقة بطبيعة الحال مع عينات صغار الراشدين وما بعدهم في الأعمار الأكبر.

٦ - هدفت بحوث أخرى إلى المقارنة في بعض جوانب الشخصية والتوافق والاضطراب النفسي بين فئتين من المواطنين: النازحين (من خرجوا من وطنهم إبان العدوان أو من كانوا خارجه) والصامدين (من ظلوا فيه وتحملوا ويلات الاحتلال). وتضيف بحوث أخرى - أقل عدداً - فئة ثالثة: النازحون بعد صمود، وهم من صمدوا ثم نزحوا خارج الوطن في أثناء الاحتلال.

٧ - أثَّر العدوان العراقي تأثيراً سلبياً كبيراً في كل من المقيمين بالداخل (الصامدين) والمقيمين في الخارج (النازحين) على حد سواء، وذلك إبان العدوان وخلاله، ومن الممكن - في الوقت نفسه - تفسير الاضطراب النفسي لدى المجموعتين على الرغم من اختلاف مكان إقامتهما، فقد برهنت إحدى الدراسات على أن الحالة النفسية للمواطنين الذين كانوا يقيمون خارج الكويت في أثناء الاحتلال كانت سيئة جدا. ومن ناحية أخرى فقد كانت الحالة النفسية للصامدين المقيمين في الداخل سيئة جدا أيضا. فعلى الرغم من اتفاق النتيجة فقد كان للاضطراب في الحالين أسبابه ومثيراته.

٨ - أثبتت دراسات كثيرة أن العدوان العراقي نجم عنه آثار سلبية نفسية واجتماعية وتربوية على قطاعات متعددة في المجتمع الكويتي وبخاصة

الأطفال والشباب، وهما الفئتان اللتان أجريت عليهما الغالبية العظمى من البحوث.

٩ - برهن عديد من الباحثين على ظهور أعراض نفسية مختلفة نتيجة للعدوان العراقي، وقد تعددت تسميات هذه الأعراض مثل: التوتر، والخوف، واضطرابات النوم... وغيرها.

١٠ - دللت بحوث مختلفة - وبطرق متعددة - على تغير كل من الحالة النفسية ومعدلات الاضطراب النفسي بعد العدوان العراقي عنه قبله.

١١ - تعد اضطرابات القلق بوصفها فئة عريضة تضم المخاوف المرضية والوساوس القهرية والقلق العام واضطراب الضغوط التالية للصدمة من بين أهم الآثار السلبية النفسية للعدوان العراقي.

١٢ - طالت الآثار النفسية السلبية كثيراً من المواطنين الكويتيين، وليس هذا فحسب، بل إنها شملت أيضا بعض الجنود والمحاربين من قوى التحالف، وقد نشر عنهم عدد لابأس به من البحوث.

١٣ - يدرك المواطنون الكويتيون أن هناك آثاراً سلبية نفسية واجتماعية قد نجمت عن العدوان العراقي، وأن هذه الآثار ما زالت موصولة حتى الآن، وأن بعض الآثار التي كانت كامنة بدأت تخرج من عقالها الآن وربما لسنوات عديدة قادمة.

١٤ - أُجري عدد لابأس به من البحوث على اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد اضطلع بعدد من هذه البحوث مكتب الإنماء الاجتماعي، التابع للديوان الأميري بدولة الكويت.

١٥ - ما تزال تجرى على المواطنين الكويتيين بحوث تهدف إلى رصد آثار العدوان العراقي. والرأي لدينا أن ذلك ليس بدعاً من الأمر، فما تزال تجرى على المقاتلين الأمريكيين في حرب فيتنام التي توقفت في عام ١٩٧٥ دراسات

قومية في الولايات المتحدة حتى الآن. وأكثر من ذلك، فما تزال دراسات تنشر عن مقاتلي الحرب العالمية الثانية (انظر: Spiro *et al.*, 1994; Sutcker *et al.*, 1993 'a'; Wilson & Raphael, 1993).

١٦ - ما تزال تُنشر بحوث نفسية واجتماعية عن المقاتلين المشاركين في درع عاصفة الصحراء، وبخاصة في الولايات المتحدة، وتركز هذه البحوث على اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي ظهر على المحاربين سواء أكان ذلك إبان الحرب أو بعدها مباشرة، أو ظهر بطريقة مرجأة مؤجلة.

١٧ - على الرغم من زيادة معدلات حدوث حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة بتأثير من العدوان العراقي على الكويت، فإنه يتعين التركيز على الطاقات التوافقية للإنسان، وقدرته على امتصاص الصدمات والتغلب عليها والبرء منها.

* * *

المراجع

ابن منظور (١٩٨٤). **لسان العرب**. القاهرة: دار المعارف، جـ٤.

أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٠). **الأبعاد الأساسية للشخصية**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط٤.

أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٣). اضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي على الكويت. **عالم الفكر**، ٢٢(١)، ١٥٤-١٩٧.

أحمد محمد عبدالخالق (مقبول للنشر). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**.

أحمد محمد عبدالخالق، وعويد سلطان المشعان (١٩٩٤). إدراك الآثار النفسية للعدوان العراقي لدى طلبة الجامعة الكويتيين. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، العدد ٧٤، السنة ١٩، ص ص٢٦٥-٢٨٦.

أحمد محمد عبدالخالق، وعويد سلطان المشعان (١٩٩٨). المخاوف الشائعة لدى الأطفال والمراهقين الكويتيين ومدى تأثرها بالعدوان العراقي. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، العدد ٨٩، السنة ٢٣، ص ص ٣٠٣ - ٤٠١.

أحمد محمد عبدالخالق، ومحمد نجيب الصبوة (١٩٩٦). الأنشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة في مصر. **مجلة العلوم الاجتماعية**، ٢٤(٣)، ١٤٧-١٨٥.

أحمد محمد عبدالخالق، ومحمد نجيب الصبوة، وفريح العنزي (١٩٩٥). **القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي**. دولة الكويت، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي: إدارة البحوث والدراسات.

أحمد يوسف أحمد (١٩٩١). النظام العربي وأزمة الخليج. **مجلة العلوم الاجتماعية**، ١٩(٣)، ٧-٢٨.

إدارة الخدمة الاجتماعية (١٩٩١). **الآثار الاجتماعية والنفسية للغزو العراقي على الطالب الكويتي: دراسة كشفية**. وزارة التربية: دولة الكويت.

إدارة الخدمة النفسية، وزارة التربية (١٩٩٣). ملخص دراسة ميدانية حول انعكاسات الغزو العراقي الغاشم على الحالة النفسية للطلبة والطالبات الكويتيين في المرحلة الثانوية وكيفية مواجهتها. **الطفولة العربية**، ٢٥، ٢١-٢٣.

أميرة عبدالعزيز الديب (١٩٩٣). حرب الخليج وأثرها على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية للطلبة الكويتيين. المؤتمر الدولي للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت. الديوان الأميري: مكتب الإنماء الاجتماعي، من ٣-٦ أبريل ١٩٩٣.

بدر محمد الأنصاري (١٩٩٤ «أ»). آثار العدوان العراقي على السمات الشخصية لطلاب جامعة الكويت من الجنسين. **مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية**. (أعمال المؤتمر العالمي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت، من ٢-٦ أبريل ١٩٩٤)، المجلد الثاني، ص ص٥٣-٦٨.

بدر محمد الأنصاري (١٩٩٤«ب»). الفروق بين الذكور والإناث الكويتيين في الخجل قبل العدوان العراقي على الكويت وبعده. **مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية**. (أعمال المؤتمر العالمي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت، الكويت من ٢-٦ أبريل ١٩٩٤)، المجلد الثاني: الآثار النفسية والاجتماعية، ص ص٦٩-١٠٥.

بدر محمد الأنصاري (١٩٩٧). **الاكتئاب والعدوان العراقي: دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي**. دولة الكويت، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي: إدارة البحوث والدراسات.

بشير صالح الرشيدي (١٩٩٤). الخريطة النفسية والاجتماعية للشعب الكويتي بعد العدوان العراقي. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، العدد ٧٤، السنة ١٩، ص ص٢٨٩-٣١٢.

جاسم محمد الخواجة (١٩٩٦). بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي. **دراسات نفسية**، ٦، ٣١٣-٣٣٠.

حامد الفقي (١٩٩٣). التأثيرات السلبية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيون نتيجة للاحتلال العراقي. **عالم الفكر**، ٢٢(١)، ٢٢-٧٩.

حياة ناصر الحجي (١٩٩٢). احتلال العراقيين الكويت آب - أغسطس ١٩٩٠م واحتلال التتار بلاد الشام كانون الأول - ديسمبر ١٢٩٩م (دراسة مقارنة). **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٣٩، ١٠-١٠٧.

خضر عباس بارون (١٩٩٣). الاضطرابات النفسية الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين. **عالم الفكر**، ٢٢(١)، ١٩٨-٢٢٣.

راشد سهل (١٩٩٣). دراسة حول الآثار النفسية والاجتماعية التي خلفها العدوان العراقي على أطفال الكويت. **المجلة التربوية**، جامعة الكويت، ٨، ٤٧-٨٧.

زين العابدين درويش (١٩٩٢). أثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي: دراسة ميدانية على عينات من الطلاب الكويتيين المقيمين بمصر في ظروف العدوان. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، العدد ٣٩، السنة العاشرة، ص ص٢٣٨-٢٧٤.

سعدالدين إبراهيم، وعبدالحميد صفوت إبراهيم (١٩٩١). دور المثقفين العرب في أزمة الخليج. **مجلة العلوم الاجتماعية**، ١٩(٣)، ٢٩-٥٠.

طلعت منصور (١٩٩٥). دراسة في الآثار النفسية والاجتماعية للغزو العراقي لدولة الكويت. في: **الغزو العراقي للكويت: المقدمات - الوقائع - ردود الفعل - التداعيات: ندوة بحثية**. الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٩٥، ص ص٥٦٩-٦٢٠.

عادل شكري محمد كريم (١٩٩٤). دراسة مقارنة للمخاوف الشائعة لدى عينة من الطلاب الكويتيين قبل الغزو العراقي وفي أثنائه، وبعده. **مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية**. (أعمال المؤتمر العالمي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت، في المدة من ٢-٦ أبريل ١٩٩٤)، المجلد الثاني، ص ص١٧٩-٢٢٤.

عبدالعزيز الغانم (١٩٩٤). دراسة حول مشاكل الشباب الجامعي في الكويت في مرحلة ما بعد العدوان العراقي. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، العدد ٧٤، السنة ١٩، ص ص٢٢١-٢٦٢.

عبدالله الحمادي، وسميحة الشريدة، وبثينة المقهوي (١٩٩٣). التغيرات السلوكية للأطفال الكويتيين بسبب الاحتلال العراقي الغاشم. المؤتمر الدولي للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت، الديوان الأميري: مكتب الإنماء الاجتماعي، في المدة من ٣-٦ أبريل ١٩٩٣.

عبدالمالك التميمي (١٩٩٢). العدوان العراقي على الكويت أغسطس ١٩٩٠ - فبراير ١٩٩١ (مسألة الحدود والحق التاريخي) دراسة تاريخية. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٤١، ١٢٤-١٤٧.

عصام الدين نوفل، وعيسى محمد جاسم (١٩٩٣). الأسى الناتج عن الصدمة (العدوان العراقي) عند الأطفال في الكويت من سن ٧ - ١٧ سنة وأثره على الأسرة والمجتمع. الحلقة النقاشية الثالثة: الرعاية النفسية والاجتماعية والتربوية لأسر الشهداء والمفقودين. مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، دولة الكويت، في الفترة من ١ - ٣ مايو ١٩٩٣.

عويد سلطان المشعان (١٩٩٣«أ»). الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت في أثناء العدوان العراقي: دراسة للفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين. **عالم الفكر**، ٢٢ (١)، ١٢٤-١٥٣.

عويد سلطان المشعان (١٩٩٣«ب»). **العدوان العراقي والآثار النفسية والمادية على المواطن الكويتي**. الكويت: مؤسسة العلم الحديث.

عويد سلطان المشعان، وفريح عويد العنزي (١٩٩٦). الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي. **دراسات نفسية**، ٦، ٣٣١-٣٥١.

غنيمة جاسم العماني، وفائدة نهر الفليج، ومحمد رفعت أبو زيد، وآخرون (١٩٩٣). استطلاع آراء المواطنين حول الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت ودور وسائل الإعلام إبان الأزمة. المؤتمر الدولي للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت، الديوان الأميري: مكتب الإنماء الاجتماعي، في المدة من ٣-٦ أبريل ١٩٩٣.

فاطمة العبدلي، وحسن النصرالله، وسامي اليعقوب، وعلي خريبط، وعلي الصايغ (١٩٩٢). ندوة عن: الفكر البيئي الحديث في الكويت ما بعد الكارثة. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٤١، ٢٠٦-٢٥٧.

فريح عويد العنزي (١٩٩٦). الاضطرابات النفسية المترتبة على الغزو العراقي لدولة الكويت. **مجلة كلية التربية بالزقازيق**، ٢٥، ١٤٣-١٧٤.

فوزية عباس هادي (١٩٩٥). تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم. المؤتمر الدولي الثاني: الصحة النفسية في دولة الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي: الديوان الأميري، دولة الكويت.

قاسم الصراف (١٩٩٣). تأثير أزمة الاحتلال العراقي على الجوانب السلوكية والانفعالية والمعرفية للشباب الجامعي في الكويت. المؤتمر الدولي للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت. الديوان الأميري: مكتب الإنماء الاجتماعي، من ٣-٦ أبريل ١٩٩٣.

قاسم الصراف (١٩٩٥). آثار كارثة الاحتلال العراقي على مفهوم الذات لدى الشباب في الكويت. المؤتمر الدولي الثاني: الصحة النفسية في دولة الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي: الديوان الأميري، دولة الكويت.

كمال إبراهيم مرسي (١٩٨٨). **المدخل إلى علم الصحة النفسية**. الكويت: دار القلم.

مجمع اللغة العربية (١٩٨٥). **المعجم الوسيط**. القاهرة: مجمع اللغة العربية، جـ١.

محمد توفيق بلبع (١٩٩٢). العدوان العراقي على الكويت. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٣٩، ١٢٠-١٧٤.

محمد عبدالرحمن الصرعاوي (١٩٩٢). آثار الدمار البيئي للغزو العراقي. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٣٩، ١٩٦-٢٣٧.

محمود إسماعيل، وأحمد الربعي، وعبدالمالك التميمي، وفؤاد زكريا، وهاني الراهب (١٩٩٢). ندوة: المثقون العرب وأزمة الخليج. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٣٩، ٢٨٠-٣٠٥.

محمودالسيد أبو النيل (١٩٨٤). **الأمراض السيكوسوماتية والأمراض الجسمية النفسية المنشأ: دراسات عربية وعالمية**. القاهرة: مكتبة الخانجي.

مركز البحوث التربوية (١٩٩٢). **دراسة مسحية لتشخيص رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة (الاحتلال العراقي للكويت) على أطفال الكويت من سن ٧-١٧ سنة**. وزارة التربية بالكويت: مركز البحوث التربوية.

مكتب الإنماء الاجتماعي (١٩٩٣). **الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراقي الغاشم على أطفال الكويت من سن ٦-١٧ سنة**. الكويت: منشورات مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري.

ميمونة خليفة الصباح (١٩٩٤). تاريخ الأطماع العراقية في الكويت. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، العدد ٧٤، السنة ١٩، ص ص٧٩-٢١٩.

Abdel-Khalek, A.M. (1994). Normative results on the Arabic Fear Survey Schedule III. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 61-67.

Abdel-Khalek, A.M. (1997). A survey of fears associated with Iraqi aggression among Kuwaiti children and adolescents - A factorial study 5.7 years after the Gulf War. *Psychological Reports*, 81, 247-255.

Abudabbeh, Nuha (1994). Treatment of post-traumatic stress disorders in the Arab American community. In M.B. Williams & J.F. Sommer, Jr. (Eds.) *Handbook of post-traumatic therapy,* London: Greenwood Press, pp. 252-263.

Al-Khawaja, J.M. (1997). Clinical description of children's anxiety during the Gulf War. *Psychological Reports,* 80, 733 - 734.

Adams P.R. & Adams, G.R. (1984). Mount St. Helen's ashfall: Evidence for a disaster stress reaction. *American Psychologist,* 39, 257-260

Agger, I. & Jensen, S.B. (1993). The psychosexual trauma of torture. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes.* New York: Plenum Press, pp. 685-702.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders,* 3rd ed. rev., (DSM-III-R), Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: APA.

Anderson, J.R. (1990). *Cognitive psychology and its implications.* New York: W.H. freeman.

Baum, A. (1987). Toxins, technology, and natural disasters. In G.R. VandenBos & B.K. Bryant (Eds.) *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action.* Washington, DC: American Psychological Association, pp. 5-53.

Blanchard, E., Kolb, L., Pallmeyer, T., & Gerardi, R. (1982). The development of a psychophysiological assessment procedure for post traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Psychiatric Quarterly,* 54, 220-229.

Brende, J.O., & Parson, E.R. (1985). *Vietnam veterans.* New York: Plenum.

Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.* New York: Appleton - Century - Crofts.

Cannon, W.B. (1939). *The wisdom of the body.* London: Gan Paul.

Carson, R.C., & Butcher, J.N. (1992). *Abnormal psychology and modern life.* New York: Harper Collins, 9th ed.

Chester, B. (1994). "That which does not destroy me": Treating survivors of political torture. In M.B. Williams & J.F. Sommer, Jr. (Eds.) *Handbook of post-traumatic therapy,* London: Greenwood Press, pp. 240-251.

Chiriboga, D.A. (1992). Paradise lost: Stress in the modern age. In M.L. Wykle, E. Kahana, & J. Kowal (Eds.) *Stress and health among the elderly,* New York: Springer, pp. 35-71.

Comer, R.J. (1992). *Abnormal psychology.* New York: Freeman & Comp.

Daniels, L.R., & Scurfield, R.M. (1994). War-related post-traumatic stress disorder: Chemical addictions and non-chemical habituating behaviors. In M.B. Williams & J.F. Sommer, Jr. (Eds.) *Handbook of post-traumatic therapy,* London: Greenwood Press, pp.205-217.

Davidson, L.M., Fleming, I., & Baum, A. (1986). Post-traumatic stress as a function of chronic stress and toxic exposure. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake,* Vol. 2: *Traumatic stress theory, research, and intervention,* New York: Brunner/Mazel Publisher, pp.57-77.

Davis, R.C., & Friedman, L.N. (1985). The emotional aftermath of crime and violence. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake.* Vol. I: *The study and treatment of post-traumatic stress disorder,* New York: Brunner/Mazel, pp.90-112.

Davison, G.C., & Neale, J.M. (1990). *Abnormal psychology.* New York: Wiley, 5th ed.

De Fazio, V.J. (1978). Dynamic perspective on the nature and effects of combat stress. In C.R. Figley (Ed.) *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment,* New York: Brunner/Mazel, pp. 23-42.

Dinneen, M.P., Pentzien, R.J., & Mateczun, J.M. (1994). Stress and coping with the trauma of war in the Persian Gulf: The hospital ship USNS Comfort. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey & C.S. Fullerton (Eds.) *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos.* Cambridge: Cambridge University Press, pp. 306-329.

Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (1984). Life stress and illness: Formulation of the issues. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.) *Stressful life events and their contexts.* New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, pp. 1-27.

Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., & Kilpatrick, D.G. (June, 1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist,* 16, 161-162.

Figley, C.R. (1978). Psychological adjustment among Vietnam veterans: An overview of the research. In C.R. Figley (Ed.) *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment,* New York: Brunner/Mazel, pp. 57-70.

Figley, C.R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake.* Vol. I: *The study and treatment of post-traumatic stress disorder,* New York: Brunner/Mazel, pp. 398-415.

Figley, C.R. (1993). Foreword. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes.* New York: Plenum Press, pp. xvii-xx.

Foy, D.W., Osato, S.S., Houskamp, B.M., & Neumann, D.A. (1992). Etiology of post-traumatic stress disorder. In P.A. Saigh (Ed.) *Posttraumatic stress disorder. A behavioral approach to assessment and treatment.* Boston: Allyn & Bacon, pp.28-49.

Freedy, J.R., & Donkervoet, J.C. (1995). Traumatic stress: An overview of the field. In J.R. Freedy & S.E. Hobfoll (Eds.) *Traumatic stress: From theory to practice,* New York: Plenum Press, pp. 3-28.

Frieze, I.H. (1987). The female victim: Rape, wife battering, and incest. In G.R. VandenBos & B.K. Bryant (Eds.) *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action.* Washington, DC: American Psychological Association, pp. 109-145.

Gleser, G.C., Green, B.L., & Winget, C. (1981). *Prolonged psychological effects of disaster: A study of Buffalo Creek.* New York: Academic Press.

Grace, M.C., Green, B.L., Lindy, J.D., & Leonard, A.C. (1993). The Buffalo-Creek disaster: A 14-year follow-up. In: J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 441-449.

Goldfeld, A.E., Mollica, R.F., Pesavento, B.H., & Faraone, S.V. (1988). The physical and psychological sequelae of torture. *Journal of the American Medical Association,* 259, 2725-2729.

Gordon, R., & Wraith, R. (1993). Responses of children and adolescents to disaster. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 561-575.

Green, B.L. (1993). Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In: J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 135-144.

Green, B.L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress,* 7, 341-362.

Green, B.L. (1995). Recent research findings on the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk. In R.I. Simon (Ed.) *Post-traumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment,* Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 13-29.

Green, B.L., Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (1985). Conceptualizing PTSD: A psychosocial framework. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake.* New York: Brunner/Mazel, pp. 53-69.

Green, W.M. (1988). *Rape: The evidential examination and management of the adult female victim.* Massachusetts: Lexington Books.

Henmon, V.A.C. (1917). Reaction time. *Psychological Bulletin,* 14, 411-412.

Hobfoll, S.E., Spielberger, C.D., Brezniz, S., Figley, C., Folkman, S., & Milgram, N. A. (1991). War - related stress: Addressing the stress of war and other traumatic events. *American Psychologist,* 46, 848-855.

Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J.M. (1994). Anxiety disorders. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, & J.A. Talbott (Eds.) *The American psychiatric press textbook of psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 2nd ed., pp. 495-563.

Holloway, H.C., & Fullerton, C.S. (1994). The psychology of terror and its aftermath. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey, & C.S. Fullerton (Eds.) *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos.* Cambridge: Cambridge University Press, pp. 31-45.

Hunter, E.J. (1978). The Vietnam POW veteran: Immediate and long term effects of captivity. In C.R. Figley (Ed.) *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment.* New York: Brunner/Mazel, pp. 188-206.

Hyer, L., & Associates (1993). *Trauma victim: Theoretical issues and practical suggestions.* Muncie, Indiana: Accelerated Development Inc.

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake,* Vol. I: *The study and treatment of post- traumatic stress disorder.* New York: Brunner/Mazel, pp. 15-35.

Janoff - Bulman, R. (1988). Victims of violence. In S. Fischer & J. Reason (Eds.) *Handbook of life stress, cognition and health.* New York: Wiley.

Janoff - Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: The Free Press.

Kahana, B. (1992). Late life adaptation in the aftermath of extreme stress. In M.L. Wykle, E. Kahana & J. Kowal (Eds.) *Stress and health among the elderly.* New York: Springer.

Kaniasty, K., & Norris, F. (1991). Some psychological consequences of the Persian Gulf war on the American people: An empirical study. *Contemporary Social Psychology,* 15, 121-126.

Keane, T.M., Malloy, P.F., & Fairbank, J.A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat related PTSD. *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 52, 888-891.

Keane, T.M., Caddell, J.M., & Taylor, K.L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 56, 85-90.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., & Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims, In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake. Vol. I: The study and treatment of posttraumatic stress disorder,* New York: Brunner/Mazel, pp. 113-141.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying.* London: Macmillan.

Kuch, K., Cox, B. J. (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the holocaust. *American Journal of Psychiatry*, 149, 337-340.

Kugelmann, R. (1992). *Stress: The nature and history of engineered grief.* Westport: Praeger.

Labbate, L.A., & Snow, M.P. (1992). Posttraumatic stress symptoms among soldiers exposed to combat in the Persian Gulf. *Hospital & Community Psychiatry,* 43, 831-833.

Laufer, R.S., Frey-Wouters, E., & Gallops, M.S. (1985). Traumatic stressors in the Vietnam war and post-traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake.* Vol. I: *The study and treatment of post-traumatic stress disorder.* New York: Brunner/ Mazel, pp. 73-89.

Liberman, D., & Herrel, S. (1993). Anxiety during pregnancy at the time of the Gulf war: Comparison of anxiety of Israeli women with normal pregnancies and those with "at risk" pregnancies. *Psychological Reports,* 72, 600-602.

Litz, B.T., Penk, W.E., Gerardi, R.J., & Keane, T.M. (1992). Assessment of posttraumatic stress disorder. In: P.A. Saigh (Ed.) *Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment.* Boston: Allyn & Bacon, pp. 50-84.

Machsoud, M., Dyregrov, A., & Raundalen, M. (1993). Traumatic war experiences and their effects on children. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 625-633.

Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/Practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disoder (PTSD).* Waterloo, Ontario: Institute Press.

Mitchell, J.T., & Everly, G.S. (1995). *Critical incident stress debriefing. CISD: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers.* Ellicott City: Chevron Publishing Corporation, 2nd ed.

Nader, K.O., & Fairbanks, L.A. (1994). The suppression of reexperiencing: Impulse control and somatic symptoms in children following traumatic exposure. *Anxiety, Stress, & Coping,* 7, 229-239.

Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., Al-Ajeel, M., & Al-Asfour, A. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf Crisis. *British Journal of Clinical Psychology,* 32, 407-416.

Norris, F.H. (1990). Screening for traumatic stress; A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology,* 20, 1704-1718.

Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic events. *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 60, 409-418.

Op den Velde, W., Falger, P.R.J., Hovens, J.E., de Groen, J.H.M., Lasschuit, L.J., Van Duijn, H., & Schouten, E.G.W. (1993). Posttraumatic stress disorder in Dutch resistance veterans from World War II. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 219-230.

Peterson, K.C., Prout, M.F., & Schwarz, R.A. (1991). *Post-traumatic stress disorder: A clinicians guide.* New York: Plenum.

Raphael, B., & Wilson, J.P. (1993). Theoretical and intervention considerations in working with victims of disaster. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 105-117.

Reber, A.S. (1995). *The Penguin dictionary of psychology.* London: Penguin, 2nd ed.

Resnick, P.J. (1995). Guidelines for the evaluation of malingering in posttraumatic stress disorder. In R.I. Simon (Ed.) *Posttraumatic stress disorder in litigation for forensic assessment,* Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 117-134.

Resnick, H.S., Falsetti, S.A., Kilpatrick, D.G., & Freedy, J.R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related PTSD: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T.W. Miller (Ed.) *Theory and assessment of stressful life events,* Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc., pp. 235-271.

Saigh, P.A. (1989). On the development and validation of the Children's Post-traumatic Stress Disorder Inventory. *International Journal of Special Education,* 4, 75-84.

Saigh, P. A. (1992). History, current nosology and epidemiology. In P.A. Saigh (Ed.) *Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment*. Boston: Allyn & Bacon, pp. 1-27.

Scott, M.J., & Stradling, S.G. (1992). *Counseling for post-traumatic stress disorder*. London: Sage Publication.

Scurfield, R.M. (1993). Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York: Plenum Press, pp. 285-295.

Shatan, C.F. (1978). Stress disorder among Vietnam veterans: The emotional content of combat continues. In C.R. Figley (Ed.) *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment*. New York: Brunner/Mazel, pp. 43-55.

Silver, S.M., & Iacono, C. (1986). Symptom groups and family patterns of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorders. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake*, Vol. 2: *Traumatic stress theory, research, and intervention*, New York: Brunner/Mazel Publisher, pp. 78-96.

Smith, E.M., & North, C.S. (1993). Posttraumatic stress disorder in natural disasters and technological accidents. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York: Plenum Press, pp. 405-419.

Solomon, Z. (1995). *Coping with war-induced stress: The Gulf war and the Israeli response*. New York: Plenum Press.

Spiro, A., Schnurr, P.P., & Aldwin, C.M. (1994). Combat-related posttraumatic stress disorder symptoms in older men. *Psychology & Aging*, 9, 17 - 26.

Stein, D.J. (1992). Clinical cognitive science: Possibilities and limitations. In D.J. Stein & J. Young (Eds.) *Cognitive science and clincial disorders*, San Diego: Academic Press, pp. 3-17.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin, 5th ed.

Sutker, P.B., Allain, A.N., Winstead, D.K. (1993 'a'). Psychopathology and psychiatric diagnosis of World War II Pacific Theater prisoner of war survivors and combat veterans. *American Jounal of Psychiatry*, 150, 240-245.

Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey, K., & Allain, A.N. (1993 'b'). War-zone trauma and stress-related symptoms in Operation Desert Shield/ Storm (ODS) returnees. *Journal of Social Issues,* 49, 33-49.

Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M., & Ditta, S.R. (1995 'a'). Assessment of psychological distress in Persian Gulf troops: Ethnicity and gender comparisons. *Journal of Personality Assessment,* 64, 415-427.

Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M., & Ditta, S.R. (1995 'b'). War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf war returnees. *Journal of Abnormal Psychology,* 104, 444-452.

Thompson, J. (1991). Kuwait airways hijack: Psychological consequences for survivors. *Stress Medicine,* 7, 3-9.

Turner, S.W., & Gorst-Unsworth, C. (1993). Psychological sequelae of torture. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, pp. 703-713.

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., & Mc Caughey, B.G., (1994). Trauma and disaster. In R.J. Ursano, B.G. Mc Caughey, & C.S. Fullerton (Eds.) *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos.* Cambridge: Cambridge University Press, pp. 3-27.

Weisaeth, L., & Eitinger, L. (1993). Posttraumatic stress phenomena: Common theme across wars, disasters, and traumatic events. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes,* New York: Plenum Press, 69-77.

Wilson, G.T., O'Leary, K.D., & Nathan, P.E. (1992). *Abnormal psychology.* New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Wilson, J.P., & Raphael, B. (Eds.) (1993). *International handbook of traumatic stress syndromes.* New York: Plenum Press.

Yehuda, R., & McFarlane, A.C. (Eds.) (1997). *Psychobiology of posttraumatic stress disorder.* New York: The New York Academy of Sciences.

Yule, W., Udwin, O., & Murdoch, K. (1990). The 'Jupiter' sinking: Effects on children's fears, depression and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,* 31, 1051-1061.

* * *

تم بحمد الله تعالى



شركة مطابع الوزان العالمية ش.م.م
٤٧٣١٩٦٤ - ٤٧٤٧٣٧٤

